Saúde Coletiva como Compromisso

A Trajetória da Abrasco

Nísia Trindade Lima
José Paranaguá de Santana
Organizadores

Editora Fiocruz
Abrasco

Saúde Coletiva
como
Compromisso
A Trajetória da Abrasco

Saúde Coletiva como Compromisso

A Trajetória da Abrasco

Nísia Trindade Lima
José Paranaguá de Santana
Organizadores

ISBN: 85-7541-103-9

Capa, projeto gráfico e editoração eletrônica
Carlota Rios
Copidesque e revisão
Jorge Moutinho
Assistentes Editoriais:
Claudio Arcoverde e Renata Maués Mesquita

Catalogação-na-fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

L732s Lima, Nísia Trindade (org.)
Saúde coletiva como compromisso: a trajetória da Abrasco. / Organizado por Nísia Trindade Lima e José Paranaguá de Santana. – Rio de Janeiro: Editora Fiocrz/Abrasco, 2006.
232 p.

1.Saúde pública. 2.Educação de pós-graduação. 3.Política de saúde. 4.Academias e Institutos. 5.Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva-história. I.Santana, José Paranaguá de (org.). II.Título.
CDD - 20.ed. – 362.1

2006
EDITORA FIOCRUZ
Av. Brasil, 4036 – Térreo – sala 112 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ
Tels: (21) 3882-9039 / 3882-9041
Telefax: (21) 3882-9006
e-mail: editoraŋfiocruz.br
http://www.fiocruz.br

Autores

Cristina M. O. Fonseca
Historiadora, doutora em ciência política pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (Iuperj) e pesquisadora da Casa de Oswaldo Cruz da Fundação Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz).

Everardo Duarte Nunes
Sociólogo, doutor em ciências pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), professor associado do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas (DMPS/FCM/Unicamp).

José da Rocha Carvalheiro
Médico, doutor em medicina pela da Universidade de São Paulo (USP), livre-docente e professor titular de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP/USP), editor científico da *Revista Brasileira de Epidemiologia* (RBE) da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) e coordenador do Projeto Inovação em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Maria Cecília de Souza Minayo
Socióloga, doutora em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz), professora titular da Fiocruz. Ex-presidente da Abrasco, é pesquisadora de carreira do CNPq, coordenadora científica do Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli (Claves/Fiocruz) e editora científica da revista *Ciência & Saúde Coletiva* da Abrasco.

Marilisa Berti de Azevedo Barros
Médica, doutora em medicina preventiva pela FMRP/USP, professora associada de epidemiologia do DMPS/FCM/Unicamp.

Marina França Lopes
Graduanda do curso de Geografia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas (FFLCH/USP). Secretária executiva da RBE/Abrasco, assessora em geoprocessamento do Laboratório de Investigação Médica (LIM-39) e assistente de pesquisa em epidemiologia ambiental, ambos do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina (DMP/FM/USP).

Moisés Goldbaum
Médico, doutor em medicina preventiva pela USP, professor-doutor do DMP/FM/USP. Ex-presidente da Abrasco, atual Secretário de Ciência e Tecnologia e Assuntos Estratégicos do Ministério da Saúde.

Rita Barradas Barata
Médica, doutora em medicina preventiva pela USP, professora adjunta da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Santa Casa de São Paulo e professora visitante do Instituto de Salud Juan Lazarte da Universidad Central Rosario, Argentina. Ex-presidente da Abrasco, editora científica da Revista de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública (RSP/FSP/USP).

Soraya Almeida Belisário
Médica, professora adjunta do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (DMPS/FM/UFMG), pesquisadora do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (Nescon/UFMG).

Organizadores

Nísia Trindade Lima
Socióloga, doutora em sociologia pelo Iuperj, pesquisadora titular da COC/Fiocruz e editora científica da Editora Fiocruz.

José Paranaguá de Santana
Médico, mestre em medicina tropical pela Universidade de Brasília (UnB), servidor da Fiocruz e consultor da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/Representação Brasil).

Sumário

Apresentação 9

1. A História da Abrasco: política, ensino e saúde no Brasil 21
Cristina M. O. Fonseca

2. Congressos da Abrasco: a expressão de um espaço construído 45
Soraya Almeida Belisário

3. O Feito por Fazer 79
Moisés Goldbaum e Rita Barradas Barata

4. Atuação da Abrasco em Relação ao Ensino de Pós-Graduação na Área de Saúde Coletiva 117
Maria Cecília de Souza Minayo

5. Perfil, Histórico e Outras Informações sobre a Revista *Ciência & Saúde Coletiva* 145
Maria Cecília de Souza Minayo

6. *Revista Brasileira de Epidemiologia:* uma história narrada com base em seus editoriais 163
José da Rocha Carvalheiro, Marilisa Berti de Azevedo Barros e Marina França Lopes

7. Comissões e Grupos Temáticos 187
Everardo Duarte Nunes

Cronologia da Abrasco 215

Diretorias da Abrasco 225

Apresentação

Invenção brasileira, o termo Saúde Coletiva está hoje presente na agenda acadêmica e política de países da América Latina, do Caribe e da África. Trata-se, mais que tudo, de uma forma de abordar as relações entre conhecimentos, práticas e direitos referentes à qualidade de vida. Em lugar das tradicionais dicotomias – saúde pública/assistência médica, medicina curativa/medicina preventiva, e mesmo indivíduo/sociedade – busca-se uma nova compreensão na qual a perspectiva interdisciplinar e o debate político em torno de temas como universalidade, eqüidade, democracia, cidadania e, mais recentemente, subjetividade emergem como questões principais. Foi em torno desses temas e do desafio de formar profissionais atentos à corrente de novas idéias sobre os problemas de saúde, alguns antigos, outros produtos de mudanças recentes nos campos biomédico, político e social, que se organizou, em 1979, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco).

Muitos começos poderiam ser pensados para se iniciar a narrativa de uma história tão recente quanto rica e complexa. No momento de criação, sem dúvida, impôs-se a força do movimento sanitarista da década de 1970, para o qual contribuíram diversos fatores, tanto os relacionados a correntes de pensamento que se organizavam nos centros de pesquisa e ensino como os relativos às políticas nacionais de saúde e de ciência e tecnologia. Em um contexto de regime autoritário e luta pela democracia, o Brasil foi palco de intensos debates sobre o rumo das políticas sociais e o papel a ser desempenhado pelo Estado. Entre as expressões desse movimento de idéias,

destaca-se a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em 1976, e de sua revista *Saúde em Debate*. Essa e outras iniciativas devem ser lembradas como marcos de um processo que culminou com a constituição formal da Abrasco durante a I Reunião sobre Formação e Utilização de Pessoal de Nível Superior na Área de Saúde Coletiva, em setembro de 1979 (Belisário, 2002; Escorel, 1998; Escorel, Nascimento & Edler, 2005; Teixeira, 1985).

Ao se considerar o contexto latino-americano, pode-se também relacionar a gênese da Abrasco ao desenvolvimento de perspectivas críticas à abordagem médica tradicional dos problemas de saúde no continente (Arouca, 2003). Alguns anos antes, em fins da década de 1960, fora realizada ampla pesquisa sobre educação médica na América Latina, coordenada pelo médico e sociólogo Juan César Garcia, com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e da Fundação Milbank. O trabalho estimulou, em diferentes países, a criação de cursos de pós-graduação em medicina social e a revisão das abordagens predominantes em centros universitários e institutos de Saúde Pública. Em 1973, criou-se, sob o impulso dessas novas orientações, o primeiro curso de medicina social no continente – o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj) –, com apoio da Opas, da Fundação Kellog e da principal agência de fomento à pesquisa no Brasil daquele período: a Financiadora de Estudos e Projetos – Finep (Escorel, 1998; Garcia, 1972; Nunes, 1985, 1994).

No plano internacional, o estabelecimento de um conjunto de diretrizes apoiadas em forte crítica a concepções tradicionais que acentuavam a prática médica curativa teve como marco a realização da Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde, em Alma-Ata (Cazaquistão), em 1978. Na Declaração de Alma-Ata firmou-se um conjunto de princípios, mencionados com freqüência nos textos da área de Saúde Coletiva, mas que é sempre oportuno lembrar: a saúde como direito essencial dos indivíduos e das coletividades; a obrigação do Estado em assegurar esse direito a todos; a responsabilidade e o direito das comunidades em participar na proteção e recuperação da saúde e na gestão dos serviços destinados à sua atenção; a precedência da promoção e da prevenção, estabelecendo-se o princípio da atenção integrada; a eqüidade e universalidade do acesso aos serviços de saúde.

No que se refere a iniciativas relacionadas às políticas nacionais adotadas durante a década de 1970 no Brasil, pode-se apontar, como observa Sarah Escorel, aquelas vinculadas ao II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), implementado durante o Governo Geisel (1974-1978). Segundo

a autora, surgiram na conjuntura em pauta três espaços institucionais que favoreceram a estruturação do movimento sanitarista: o setor saúde do Centro Nacional de Recursos Humanos do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (CNRH/Ipea), a Financiadora de Estudos e Projetos (Finep) e o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde da Opas (PPREPS/Opas) (Escorel, 1998).

No final da década de 1970, momento de criação da Abrasco, verificava-se o início do processo de institucionalização no Brasil da abordagem da Saúde Coletiva, ainda que sob essa rubrica possam ser identificadas perspectivas diferentes tanto no plano teórico como no político. A base acadêmica desse processo começava também a se consolidar, ainda que de modo incipiente, com os cursos de pós-graduação em Saúde Coletiva que, naquele momento, encontravam-se nos *campi* de São Paulo e Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP), no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), na Universidade Federal da Bahia (UFBA) e na Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Não se poderia, contudo, compreender as origens acadêmicas da Abrasco sem mencionar as experiências do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB). Tais espaços constituíram-se também em fóruns de debates para os projetos e teses que viriam mais tarde a ganhar notável visibilidade durante a VIII Conferência Nacional de Saúde. Realizada no período de redemocratização, a conferência incluiu em seu temário três questões principais: a saúde como dever do Estado e direito do cidadão; a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial, dando relevo às relações entre saúde e democracia.

Mas também se poderia traçar uma história da Abrasco cujas origens remontariam às décadas de 1950 e 1960. No âmbito latino-americano, seria possível recuar àqueles anos, nos quais se realizaram importantes reuniões no México e no Chile tendo como tema central um projeto pedagógico alternativo à 'biologização' do ensino em saúde e às práticas de assistência individual e centrada no hospital (Nunes, 1994).

No Brasil, no curto período de experiência democrática que antecedeu ao regime autoritário implantado em 1964, surgiram importantes propostas de descentralização administrativa e de seguridade social, que buscavam romper a visão dicotômica entre Saúde Pública e assistência médica. Foi o que se viu, por exemplo, nos debates parlamentares durante o processo de criação do Ministério da Saúde (Hamilton & Fonseca, 2003).

Teses na direção da integração das ações de saúde e de sua articulação com reformas sociais foram, do mesmo modo, intensamente discutidas em fóruns como a III Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 1963. Idéias dentro do lugar e de seu tempo, mas que não puderam se transformar efetivamente em práticas e instituições sociais (Lima, Fonseca & Hochman, 2005).

Em qualquer percurso e ponto de partida escolhido, ciência e política aparecem como as bases da constituição da saúde como área de conhecimento e de prática social no Brasil. Traço histórico que pode ser identificado desde os primeiros anos da República, o encontro das duas vocações esteve presente na origem do movimento sanitarista dos anos 1970 e 1980, alcançou acentuada visibilidade no processo de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, e permanece como fundamento da atuação da Abrasco. É em torno dessas duas faces indissociáveis da vida associativa e da ênfase no seu compromisso com a sociedade brasileira que se apresenta este livro.

A comemoração dos 25 anos de atividades da Abrasco foi realizada em Brasília, em novembro de 2004, na sede da representação da Opas no Brasil, mesmo espaço institucional em que foi criada a entidade. A proposta de publicação foi inicialmente apresentada e discutida nesse evento, que ensejou oportunidade para reunir informações relevantes e análises sobre a história da instituição. As contribuições resultantes dos debates então realizados consistiram no ponto de partida para o desenvolvimento do projeto editorial que foi tomando forma progressivamente, elaborado, definido e redefinido em encontros e muitas conversas com Álvaro Hideyoshi Matida, Cristina M. O. Fonseca, João Carlos Canossa, Maria Cecília de Souza Minayo, Moisés Goldbaum, Mônia Mariani, Rita Barradas Barata e Péricles Silveira da Costa. Sua realização contou com o apoio decisivo da Opas e da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES/Ministério da Saúde) e, muito especialmente, de Francisco Eduardo de Campos.

A pesquisa realizada para a edição permitiu também a sistematização de informações dos boletins da Abrasco, dos quais reproduzimos ao longo do texto alguns documentos de referência e charges publicados nesse importante meio de divulgação e, ao mesmo tempo, fonte para o conhecimento da história da associação. Foi também possível a organização do Fundo Frederico Simões Barbosa, hoje sob guarda da Casa de Oswaldo Cruz, graças à compreensão de sua filha Constança Clara Gayoso Simões Barbosa, da iniciativa de Carlos Coimbra Jr. e também do apoio de Rômulo Maciel Filho, diretor do Centro de Pesquisas Aggeu

Magalhães, unidade da Fundação Oswaldo Cruz em Recife (PE). Importante intenção, no entanto, não pôde ser efetivada: a identificação e classificação de documentação primária da Abrasco, inclusive de material iconográfico. No projeto inicial estava prevista uma edição com muitas fotografias, o que teve de ser abandonado devido à impossibilidade de se reunir material de todas as gestões, eventos e momentos significativos. Um agradecimento deve ser feito aos que tentaram contribuir para tal intento, em especial a Tânia Celeste Nunes, e fica registrada a expectativa de que se possa brevemente realizar o idealizado.

Neste livro, busca-se combinar a construção da identidade da área com o respeito à diversidade de disciplinas, abordagens e temas. O fio condutor é a Abrasco como espaço de institucionalização da Saúde Coletiva, concebida como campo múltiplo de saberes e práticas sociais. A ênfase no plano institucional justifica as escolhas feitas pelos autores dos sete capítulos aqui reunidos.

O primeiro, elaborado por Cristina M. O. Fonseca, relaciona as origens e o processo de institucionalização da Abrasco ao contexto político nacional e às propostas de alteração na especialização e profissionalização em Saúde Pública, no âmbito da área de recursos humanos em saúde. Para a autora, a Abrasco surge, se constitui e se consolida institucionalmente promovendo a interação de formação profissional e atuação política.

A história dos congressos da Abrasco constitui o tema do segundo capítulo. Nele, Soraya Almeida Belisário descreve o histórico desses eventos, apontando suas principais características e mudanças no tempo. Note-se que a associação organizou, em 2006, o VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e o XI Congresso Mundial de Saúde, em parceria com a Federação Mundial das Associações de Saúde Pública, reunindo 12 mil participantes de diferentes países.[1] Em cada edição, esse formato de evento amplia-se e diversifica-se, com a inclusão de novas regiões, representações institucionais e temas em debate. Talvez merecesse mesmo mais de um capítulo o Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, apelidado, com afetividade e indiscutível força expressiva, de 'Abrascão'. Os dados sobre o evento indicam uma das mais fortes marcas da área de Saúde Coletiva: seu extremo potencial mobilizador. A autora inclui ainda nesse capítulo a descrição e análise dos congressos por áreas específicas: epidemiologia e ciências humanas e sociais.

[1] Não foi possível realizar a análise desse importante congresso neste livro, o que certamente será feito em trabalhos posteriores.

O balanço das realizações de cada gestão que dirigiu a entidade, a identificação dos desafios do presente e das perspectivas são tema do terceiro capítulo, elaborado por Moisés Goldbaum e Rita Barradas Barata. Os autores realizam detalhada retrospectiva dos 25 anos de atividades da Abrasco, referindo-se ao papel de cada uma das dez diretorias que conduziram essa imensa tarefa de institucionalização da Saúde Coletiva. No que se refere ao 'por fazer', apresentam relevante agenda que já vem sendo discutida e certamente contribuirá para a definição dos rumos futuros da vida institucional.

Elaborado por Maria Cecília de Souza Minayo, o quarto capítulo dedica-se ao papel da Abrasco na formação de recursos humanos para a saúde, com ênfase no ensino de pós-graduação *stricto sensu.* As razões para a escolha, como explica a autora, não decorrem de um juízo de valor sobre os diferentes graus de ensino, mas da regularidade das avaliações sistemáticas nesse âmbito da pós-graduação. Como observa, a Abrasco tem contribuído para o aprimoramento da pós-graduação em Saúde Coletiva ao participar dos processos de avaliação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), bem como ao orientar os conteúdos da ciência e tecnologia adotados nessa área.

Os dois capítulos que se seguem abordam o papel dos periódicos científicos editados pela associação. O histórico e o perfil de *Ciência & Saúde Coletiva* são analisados em texto de sua editora científica, Maria Cecília de Souza Minayo, que apresenta e avalia dados sobre os artigos publicados, o processo de submissão e aceitação de manuscritos, a diversidade temática e o perfil do público leitor e dos assinantes, no período de 1996 a 2005. O capítulo sobre a *Revista Brasileira de Epidemiologia*, elaborado por José da Rocha Carvalheiro, Marilisa Berti de Azevedo Barros e Marina França Lopes, narra a trajetória desse periódico, transcrevendo uma seleção de trechos de editoriais que levam o leitor a acompanhar os momentos mais significativos: suas origens, o período de crise e o processo de recuperação e consolidação da revista entre 2001 e 2004, quando ela ingressa na base SciELO (Scientific Electronic Library Online).[2]

No último capítulo, elaborado por Everardo Duarte Nunes, apresentam-se e discutem-se informações sobre um aspecto crucial, em

[2] SciELO é um modelo de publicação eletrônica cooperativa de periódicos científicos na Internet, resultado da cooperação entre a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp), do Centro Latino-Americano de Informação em Ciências da Saúde (Bireme/Opas) e de um conjunto de instituições nacionais e internacionais voltadas para a comunicação científica. Ver: <http://www.scielo.br>.

particular no que se refere a uma associação com as características da Abrasco: a diferenciação em estruturas internas, não obstante a identidade comum que anima a vida associativa. Apresentam-se no texto o histórico das quatro comissões e dos 12 grupos temáticos atualmente em atividade, com base em fontes secundárias, relatórios e informações prestadas pelos seus respectivos coordenadores. A análise desse processo de diferenciação pode também contribuir para maior compreensão sobre os campos disciplinares e as temáticas que vão surgindo na dinâmica da Saúde Coletiva.

Resultado de um esforço coletivo em um momento de intensa atividade pública, por vezes exercendo funções governamentais, das lideranças que nas várias gestões dirigiram a Abrasco, este livro seria de todo impossível sem o trabalho de construção desses mais de 25 anos de história institucional de que participaram tantos profissionais. Uma homenagem muito especial deve ser prestada a Ernani Braga, Frederico Simões Barbosa e Guilherme Rodrigues da Silva por seu papel na história da Abrasco, seu compromisso com a teoria e com a prática da Saúde Coletiva e seu exemplo para as novas gerações que continuarão a fazer essa história.

Agradecemos, sobretudo, aos responsáveis pelos capítulos por sua importante colaboração. A Maria Cecília de Souza Minayo, agradecemos também pela proposta e pelo convite inicial aos autores dos textos sobre a *Revista Brasileira de Epidemiologia* e sobre as comissões e os grupos temáticos. Não poderíamos deixar de registrar o empenho de todos os profissionais envolvidos nas mais diferentes atividades editoriais e que tiveram de lidar com um problema adicional – a escassez de tempo dos responsáveis pela publicação.

Convidamos os leitores a tomarem parte de algo que só pode ser concebido como um diálogo e um texto aberto a novas contribuições. Em parte história institucional, em parte um resultado que ultrapassa tal delimitação, pois também encontramos nas contribuições aqui reunidas elementos para a abordagem histórica do conhecimento em Saúde Coletiva e de seus meios de institucionalização e difusão e, sobretudo, das interfaces da academia com todos aqueles que participam da construção da Saúde Coletiva no país.

Os Organizadores

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AROUCA, S. *O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo/Rio de Janeiro: Unesp/Editora Fiocruz, 2003.

BELISÁRIO, S. A. *Associativismo em Saúde Coletiva: um estudo da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Abrasco*, 2002. Tese de Doutorado, Campinas: Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). (Mimeo.)

ESCOREL, S. *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R. & EDLER, F. C. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. et al. *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Opas, 2005.

GARCIA, J. C. *La Educación Médica em América Latina*. Washington, D.C.: Opas, 1972.

HAMILTON, W. & FONSECA, C. M. O. Políticas, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 10(3):791-826, 2003.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O. & HOCHMAN, G. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N. T. et al. *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Opas, 2005.

NUNES, E. D. *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília: Opas, 1985.

NUNES, E. D. Saúde Coletiva: história de uma idéia e de um conceito. *Saúde e Sociedade*, 3(2):5-21, 1994.

TEIXEIRA, S. M. F. As Ciências Sociais em Saúde no Brasil. In: NUNES, E. D. *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília: Opas, 1985.

Imagem 1 – Ata da reunião de fundação da Abrasco, realizada em 27/9/1979.
Imagem 2 – Assinaturas dos que participaram da criação da Abrasco.
Imagem 3 – Ata da assembléia-geral da Abrasco realizada em 29/4/1981.

ATA DE FUNDAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Aos vinte e sete dias do mês de setembro de hum mil novecentos e setenta e nove, durante a I Reunião sobre Formação e Utilização de Pessoal de Nível Superior na Área da Saúde Coletiva, reuniram-se na sede da Organização Panamericana da Saúde, Organização Mundial da Saúde, em Brasília-DF, técnicos, profissionais, alunos e professores da área de Saúde Coletiva com o objetivo de fundar uma associação que congregasse os interesses dos diferentes cursos de pós-graduação naquela área. A reunião iniciou-se sob a direção do Doutor Carlyle Guerra de Macêdo e os presentes concordaram unanimemente com a fundação de uma associação com as características acima mencionadas. Logo em seguida foi aprovada, por unanimidade, a constituição de uma diretoria provisória que deverá reger os destinos da nova associação até sua constituição definitiva com a aprovação e legalização de seus estatutos. Foram eleitos: Frederico Adolfo Simões Barbosa Presidente, e Ernani de Paiva Ferreira Braga e Guilherme Rodrigues da Silva Vice-Presidentes. Ficou decidido ainda que o Presidente indicaria um Secretário Executivo como membro da Diretoria provisória. Em seguida o Presidente eleito, acompanhado dos Vice-presidentes, assumiu a coordenação da reunião. Ficou aprovado que a nova associação seria denominada ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA, com sede e foro em Brasília, Distrito Federal. As seguintes decisões foram ainda aprovadas pelo plenário: 1. todos os que assinaram a ata de presença desta reunião serão considerados sócios fundadores individuais; 2. a Associação, além dos sócios individuais, deverá também ter em seus quadros sócios institucionais, além de outras possíveis categorias. O prazo para o mandato da presente Diretoria não foi fixado, tendo-se entretanto, recomendado que este prazo fosse o menor possível, embora o suficiente para permitir à Diretoria concluir as atividades previstas para consolidação da nova associação. Foi decidido que após este período o Presidente deverá convocar uma reunião da Assembléia Geral na qual: 1. A Diretoria deverá prestar contas das atividades exercidas durante sua gestão; 2. deverão ser aprovados os Estatutos da Associação e realizada a eleição e posse da nova Diretoria de acordo com o estabelecido nos Estatutos. Finalmente, os presentes endossaram, por unanimidade, as conclusões da "I Reunião sobre Formação e Utilização de Pessoal de Nível Superior na Área da Saúde Coletiva" e, também, por unanimidade, e sob aplausos, aprovaram uma moção de reconhecimento e gratidão ao Doutor Carlyle Guerra de Macêdo pelo êxito da reunião. Nada mais havendo a tratar, foi lavrada a presente ata de fundação da ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA que é assinada pelo seu Presidente recém-eleito e pelo Presidente "ad hoc" desta reunião, Brasília vinte e sete de setembro de hum mil e novecentos e setenta e nove.

Frederico Adolfo Simões Barbosa

Carlyle Guerra de Macêdo

Os abaixo assinados, todos profissionais na área da Saúde Coletiva, presentes na Sede da Organização Panamericana da Saúde em Brasília, DF, em 27 de setembro de 1979, resolveram criar a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, elegendo, no ato, por aclamação, uma Diretoria Provisória, constituida pelos Profs. Frederico Simões Barbosa, Presidente, Ernani Braga, Vice-Presidente e Guilherme Rodrigues da Silva, Diretor, delegando-lhes a faculdade de escolha de um diretor-secretário e a missão de conduzir o processo da constituição formal da Associação.

Brasília, DF, 27 de setembro de 1979.

- 1 + Frederico Simões Barbosa — Frederico Simões Barbosa
- 2 + Ernani Braga — Ernani Braga
- 3 + Guilherme Rodrigues da Silva — Guilherme Rodrigues da Silva
- 4 [illegible]
- 5 [illegible]
- 6 Clovis Boechat de Menezes
- 7 Szachna Eliasz Cynamon — Szachna Eliasz Cynamon
- 8 Selma P. Spinelli Rossi — SELMA P. SPINELI ROSSI
- 9 [illegible]
- 10 - Não está na lista — Glória da Conceição Bezerra Leitão
- 11 José Maria Pacheco de Souza
- 12 [illegible]
- 13 [illegible]
- 14 [illegible]
- 15 [illegible]
- 16 [illegible]
- 17 [illegible] — MARILIA BERNARDES MARQUES
- 18 [illegible] — Albenor Luiz de Andrade Fonseca
- 19 [illegible] — Anete Perina Simões
- 20 [illegible] — NAGIB HADDAD
- 21 [illegible]
- 22 [illegible]
- 23 - Não está na lista — Maria Ermínia Macedo Alfradique

ATA DE ASSEMBLÉIA GERAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Às quatorze horas do dia vinte e nove de abril de hum mil novecentos e oitenta e hum, no edifício-sede da Organização Panamericana da Saúde, Organização Mundial da Saúde, em Brasília-DF, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva reuniu-se sob a Presidência do Doutor Frederico Adolfo Simões Barbosa e Secretaria do Doutor Cláudio Delano Teixeira Nery para tratar de assuntos constantes da agenda anteriormente distribuída aos sócios fundadores, com a seguinte pauta: 1. Admissão de novos sócios; 2. Discussão e aprovação dos Estatutos; 3. Eleição da Diretoria; 4. Discussão do Documento de Princípios Básicos; 5. Outros Assuntos. De acordo com o ítem 1 da pauta foram admitidos por unanimidade, como sócios fundadores, as seguintes pessoas: Ubaldo Porto Dantas, José Saraiva Felipe, Otávio Clementino de Albuquerque, Adriano Cavalcante Sampaio, Carlos Alfredo Marcílio de Souza, Paulo Roberto Moreira, Vera Lúcia Almeida Formigli, Francisco Cruz Barbosa Lopes, José Tavares Carneiro Neto, Cláudio Delano Teixeira Nery, Alberto Pellegrini Filho, Maurício Gomes Pereira, Paulo Rogério Gonçalves, Márcia Letícia de Vasconcelos Parra, Iracema Salim Estefan, Luiza Aparecida Teixeira Costa, Lúcia Ypiranga de Souza Dantas e Rodriguez, Antônio Siqueira Júnior, Eleutério Rodriguez Neto, Marlow Kwitko, José Leite Saraiva, Amaury Coutinho, Isabel dos Santos e Antero Coelho Neto. Passando ao seguinte ítem da pauta, o anteprojeto de Estatutos da Associação foi discutido, modificado e aprovado por maioria simples em sua versão definitiva. Aprovados os Estatutos, o Presidente passou a encaminhar a eleição da Diretoria para o período de maio de hum mil novecentos e oitenta e hum a abril de hum mil novecentos e oitenta e três, de acordo com os poderes provisórios que a Assembléia Geral de fundação da Associação lhe havia conferido. Consultado o plenário verificou-se que apenas uma chapa se candidatou à disputa dos cargos para a Diretoria, cuja composição foi a seguinte: Presidente, Benedictus Philadelpho de Siqueira; 1º Vice-Presidente, Ernani de Paiva Ferreira Braga; 2º Vice-Presidente, Jairnilson da Silva Paim; e Tesoureiro, José da Silva Guedes. Posta em votação, o plenário decidiu aprová-la por aclamação, tendo a Diretoria tomado posse imediatamente na pessoa do Presidente eleito. Em relação ao ítem 4 da pauta, o plenário decidiu transferir a discussão do "Documento de Princípios Básicos" para a próxima reunião da Associação. A seguir, o Presidente da Assembléia parabenizou a nova Diretoria, fazendo votos de pleno êxito na condução da Associação. Nada mais havendo a tratar, foi encerrada a Assembléia Geral da qual foi lavrada a presente ata que é assinada pelo seu Presidente e Secretário. Brasília, vinte e nove de abril de hum mil novecentos e oitenta e hum.

Frederico Adolfo Simões Barbosa
PRESIDENTE

Cláudio Delano Teixeira Nery
SECRETÁRIO

CARTÓRIO DO 1.º OFÍCIO DE REGISTRO DE TIT. E DOCUMENTOS
SCS - Ed. JK Loja 4 - Tels.: 226-8949 e 226-3496
Documento apresentado hoje protocolado e microfilmado sob o n.º 58281 Livro A-6
registrado sob. n.º 56291 Livro BE-14
Brasília - DF, 09 de 09 de 1981

BEL. WALDIR LOPES DE OLIVEIRA
Técnico Judiciário

OFÍCIO - RTDPJ Custas
Registro Cr$ 1.166,00
Averbação Cr$
Certidão: Cr$
Buscas Cr$
Taxa Distr. Cr$
TOTAL: Cr$ 1.166,00

Imagem 3

1. A História da Abrasco: política, ensino e saúde no Brasil

Cristina M. O. Fonseca

O surgimento de uma instituição está sempre vinculado a um conjunto de fatores que nos remetem ao campo político, à articulação entre atores, à construção de lideranças em torno de afinidades e interesses comuns e à adoção de estratégias eficientes que justifiquem e valorizem a existência dessa instituição, sua manutenção, crescimento e consolidação.

Não é exceção a história da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco). Criada em 27 de setembro de 1979, exatamente um mês após a assinatura da lei de anistia que representava o início de um novo período da vida política brasileira, a Abrasco reflete ao longo de sua trajetória uma íntima ligação com as transformações que ocorreram não só no âmbito da Saúde Pública mas também no contexto político institucional brasileiro, resultando da ativa participação de um conjunto de atores nesse cenário.[1] Refletir sobre essa história pressupõe necessariamente uma compreensão a respeito das principais características e diretrizes que nortearam as mudanças na Saúde Pública brasileira no decorrer desse período e seus vínculos com as transformações políticas em curso.

Em particular, dois aspectos merecerão atenção mais cuidadosa na análise que aqui se inicia. O primeiro deles, fundamental para a compreensão de uma associação com o perfil de atuação que a Abrasco desempenha, diz respeito ao contexto político, às alterações no quadro da

---

[1] A lei de anistia, de nº 6.683, foi assinada no dia 28 de agosto de 1979 e posteriormente regulamentada pelo decreto nº 84.143, de 31 de outubro de 1979 (Evandro Lins e Silva, in Abreu, 2001).

política de saúde nacional, ao redesenho das forças políticas, ao surgimento de novos atores e lideranças acompanhado de um novo contexto de alianças e atuação profissional. Nesse sentido, procuro situar a trajetória institucional da Abrasco em sua relação com as transformações políticas em curso no país. O segundo aspecto trata das alterações na especialização e profissionalização em Saúde Pública, no âmbito da área de recursos humanos em saúde, com apoio e influência direta da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e da Fundação Kellog.

Esse recorte analítico acompanha a literatura institucionalista, que dedica atenção aos atores, seus interesses e às idéias que permearam os debates nessa área, observando o desenho institucional no qual processos políticos de decisão se desenvolvem (Hall & Taylor, 1996; Immergut, 1992; Steinmo, Thelen & Longstreth, 1992). Nesse cruzamento entre atores, idéias e instituições, a história da Abrasco espelha a inter-relação entre três campos. O primeiro diz respeito ao conjunto de interesses políticos divergentes que vigoravam naquele contexto da história brasileira. O segundo trata das novas concepções que orientaram reformulações na área da saúde condensadas na proposta de um novo campo denominado de Saúde Coletiva. E, por fim, o terceiro preocupa-se com a formação de novos quadros, por meio da diversificação e da especialização profissional na saúde, responsável pelo ingresso de novos atores no cenário institucional da saúde.

Dentro desse cenário, cabe indagar: qual foi o papel de uma associação de Saúde Coletiva, naquele contexto de transição política? Uma primeira aproximação indica que a Abrasco contribuiu para vincular a área de recursos humanos à ação política. Ela atuou nesse processo intermediando a relação entre as proposições e as diretrizes adotadas para a formação em Saúde Pública e as necessidades e articulações políticas estabelecidas. Ou seja, a Abrasco surgiu, se constituiu e se consolidou institucionalmente nesse eixo de interligação entre formação profissional e atuação política.

A Criação da Abrasco e o Contexto Político no Brasil dos Anos 1970 e 1980

O país quer as eleições diretas em todos os níveis. Abandonando tradicional desengajamento, milhões de pessoas foram às ruas, em todos os estados, para exigir respeito a seu direito de eleger o Presidente da República. A Abrasco, entidade com finalidades que excluem a militância político-partidária, não hesitou em se pronunciar pelas eleições diretas. Incorpora-se,

oficialmente, ao movimento que envolve a nação como um todo e que está acima dos próprios partidos políticos. Mas não é apenas por ser um movimento suprapartidário que a luta pelas diretas exige a presença da Abrasco: do sucesso desta luta dependem os rumos do país e, portanto, das políticas relacionadas à área social, aí incluídas a de saúde e a de educação. (Editorial, Boletim da Abrasco, 9, nov.1983-fev.1984)

Apesar de sua criação ter-se dado no final da década de 1970, o surgimento da Abrasco deve ser observado como um dos frutos das transformações que já vinham ocorrendo em particular a partir da segunda metade dos anos 1970. Esta é uma década que se inicia com o país ainda sob o comando militar, marcada pelo ápice da repressão política, principalmente em seus primeiros anos até 1974, quando tem início um lento processo de liberalização do sistema de governo, que nessa década culmina com a decretação da anistia em 1979. Neste ano foi extinto o bipartidarismo forçado instituído pelos militares entre a Arena e o MDB, entrando na cena política seis novos partidos.[2] Esse é portanto um momento de redefinição de alianças, de rearranjo no quadro político nacional, em que as forças políticas organizadas procuravam se fortalecer para constituir, defender e assegurar um regime democrático no país, que teria início em 1985 com a eleição indireta de Tancredo Neves, marcando o fim dos governos militares.

Na área econômica, no decorrer dos anos 1970 verificou-se um aumento na taxa de crescimento, que apesar de ter começado a cair a partir de 1977, contribuiu para que esse período ficasse associado à idéia de 'milagre econômico'. Essas mudanças estiveram associadas ao aumento da população urbana, com queda das atividades rurais e crescimento do emprego nas cidades em atividades vinculadas principalmente ao setor secundário e terciário. O fenômeno social da urbanização e da migração rural deve ser observado com atenção, pois traria implicações diretas para a política de saúde. Outro fator importante foi o aumento do preço do petróleo, que em 1973 triplicou, e afetaria diretamente a economia brasileira, que importava 80% do petróleo consumido.

Na área social, mudanças importantes começaram a ocorrer durante os anos 1970. A expansão da atividade partidária foi acompanhada pelo crescimento do movimento sindical, que protagonizou a reintrodução no cenário político brasileiro das greves de grande impacto, com participação significativa das categorias profissionais envolvidas. Em paralelo, crescia a participação popular conduzida pela Igreja, que por meio das

---

[2] Os novos partidos foram: PT, PMDB, PDT, PTB, PDS e PP (Carvalho, 2005).

Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) fortaleceu o trabalho de mobilização e conscientização das populações mais pobres em diferentes regiões do país. Nos grandes centros urbanos, cresceram os movimentos sociais que interligavam as organizações existentes em comunidades carentes, como os movimentos de favelas e as associações de moradores conduzidas pela classe média. Nessa mesma direção, cresceram as associações profissionais vinculadas à classe média (professores, médicos, engenheiros, funcionários públicos). Em particular, merecem ser lembradas três instituições que desempenharam papel importante a partir da década de 1970 no processo de luta pela democracia no país: a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), a Associação Brasileira de Imprensa (ABI) e a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC). Esta última consagrou-se como um dos fóruns privilegiados pelo mundo acadêmico para articular a oposição ao regime político militar existente, sofrendo inclusive pressão do governo contra a realização de seus congressos anuais. Entretanto, apesar da oposição do governo, em 1977 a reunião anual da SBPC contou com a participação de seis mil congressistas (Carvalho, 2005).

Na história da Abrasco, a SBPC representou um espaço de fortalecimento institucional, pois seria por meio dessas reuniões da comunidade científica que a associação definiria sua participação nos movimentos de oposição política existentes naquele momento. Nesse fórum, credenciada como representante da área de Saúde Coletiva, a Abrasco assegurou sua inserção nos movimentos sociais em constituição. Em reunião da diretoria realizada em agosto de 1983, consta entre as resoluções aprovadas a "participação intensa e especial da Abrasco na Reunião anual da SBPC". Essa atuação se consolidaria nos anos seguintes, quando a Abrasco passou a ter assento nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde, como representante da SBPC (Boletim da Abrasco, jul.1993).

Todo esse processo gradativo de fortalecimento da organização social em torno de um projeto de construção e implementação de uma sociedade democrática no país desembocaria, já na década de 1980, na campanha pelas eleições diretas que marcou o ano de 1984. Segundo Carvalho (2005:192), "O movimento pelas eleições diretas em 1984 foi o ponto culminante de um movimento de mobilização política de dimensões inéditas na história do país". Apesar de não ter sido aprovada a emenda das diretas, iniciou-se em 1985 um novo momento da história política do país, que passaria então a ser conduzido por presidentes civis.

A segunda metade da década de 1980 foi marcada assim pela Campanha das Diretas, pelas eleições para a formação de uma nova Assembléia Nacional Constituinte em 1986 e pela promulgação de uma

nova Constituição em 1988. Estes eventos políticos de forte impacto sobre a sociedade, e demandando dela participação direta, estiveram diretamente relacionados aos debates, às proposições e transformações que permearam o campo da Saúde Pública ao longo desses anos.

Numa perspectiva abrangente, podemos então identificar dois grandes períodos nesse momento da história brasileira. O primeiro, compreendido entre o ano da assinatura da anistia e o fim dos governos militares (1979-85), caracteriza-se como uma fase de transição entre o regime militar autoritário e a implantação de uma sociedade democrática no país. Na história da Abrasco, essa fase corresponde a sua constituição como uma associação, a partir de sua criação em setembro de 1979, seguida das iniciativas adotadas para se consolidar nacionalmente.

Nesse primeiro momento, sua organização e sua articulação se deram entre um conjunto de profissionais da área da saúde vinculados principalmente à área acadêmica. Não foi por acaso que sua constituição formal ocorreu durante a realização da I Reunião sobre Formação e Utilização de Pessoal de Nível Superior na Área de Saúde Coletiva, realizada em Brasília. Essa reunião havia sido promovida pelo Ministério da Educação, pelo Ministério da Saúde, pelo Ministério da Previdência Social e pela Organização Pan-Americana da Saúde, para debater questões relacionadas à área de recursos humanos em saúde (Belisário, 2002). Um de seus principais articuladores foi Carlyle Guerra de Macedo.

A primeira diretoria foi composta por Frederico Simões Barbosa, Guilherme Rodrigues da Silva e Ernani Braga, médicos sanitaristas amplamente reconhecidos e respeitados na área da Saúde Pública. Nesse contexto, a área de recursos humanos foi destacada como estratégica, e a saúde se configurou como instrumento de consolidação da democracia. Por meio do investimento na formação de novos profissionais, com perspectiva de transformação nas relações de trabalho existentes, a área da saúde passou a se conformar como um campo de articulação de atores políticos e de formação de novas lideranças nessa área.

Nos anos seguintes, a associação procurou se fortalecer no contato com as agências financiadoras, como o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e a Financiadora de Estudos e Projetos (Finep), ao mesmo tempo que buscou estimular e apoiar os programas de pós-graduação – neles investindo – naquela área que ia se configurando como de 'Saúde Coletiva'. De certa forma, do ponto de vista político, à medida que o país caminhava para um regime democrático, a Abrasco crescia orientada pelo debate em torno da constituição de um novo campo na área da saúde, denominado de Saúde Coletiva, e em torno dele se definia, se conformava como um ator político.

A partir de 1985, com o governo civil, iniciou-se um novo período, marcado pelo processo de institucionalização da democracia com as eleições para a Assembléia Nacional Constituinte e a elaboração de uma nova Constituição para o país, consagrada em 1988. Para a Abrasco, esse contexto representou a expansão de sua participação e consagrou seu papel como ator político, quando contribuiu diretamente para as transformações sociais em curso no país. Esse período coincidiu com alterações na gestão da Abrasco. Uma nova diretoria tomou posse também em 1985, ressaltando suas responsabilidades diante do novo quadro político nacional.

> Nestes seis anos de existência a Abrasco vem cumprindo de modo bastante satisfatório seus objetivos, talvez com maior ênfase em alguns deles. Entretanto, para nós que participamos na construção de um projeto de saúde coletiva, torna-se clara a necessidade de repensar a prática de nossa entidade. Esta necessidade surge em função da nova conjuntura política decorrente da queda do regime antidemocrático. Nesta conjuntura complexa, onde o ordenamento político para o apoio e sustentação do novo regime resultou numa torre de babel ideológica, é imperioso se ter uma clara visão dos desafios para fazer avançar um projeto político para o setor saúde que atenda os interesses dos segmentos sociais marginalizados do poder político e dominados pelo poder econômico. (Discurso de posse de Sebastião Loureiro, então novo presidente da Abrasco, Boletim 15, maio-ago.1985)

Com essa diretriz em estreita relação com as transformações em curso na esfera social e política, teve início um novo momento na trajetória institucional da Abrasco, acompanhando também as aspirações para a área da Saúde Pública no Brasil.

Saudáveis Votos: a consolidação da Abrasco e a política de saúde na transição para a democracia (1980/90)

> O momento da eleição mostrou que apesar de poucos partidos explicitarem a saúde como uma diretriz de programa partidário, os candidatos cedo descobriram que esta era uma questão a ser politizada e que poderia ter uma resposta da população em termos de saudáveis votos. A população espera que a saúde seja tratada como uma questão séria e prioritária. (Editorial, Boletim da Abrasco, 20, ano V, out.-nov.-dez.1986)

Os anos 1980 foram marcados na área da saúde por um processo de mudanças que culminou em uma ruptura institucional consagrada com a aprovação da Reforma Sanitária. Acompanhando o contexto de abertura política, essas mudanças estavam vinculadas à nova configuração de interesses políticos e à movimentação de novos atores nesse jogo e se

associaram às transformações na área acadêmica e no campo profissional, quando o redesenho das relações de trabalho e do processo de trabalho na área da saúde demandava novas especializações.

Por um lado, implementaram-se mudanças de âmbito institucional, como a criação do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp), em 1981, e a adoção de um plano de reorientação da assistência à saúde no âmbito da Previdência Social. O principal objetivo dessas medidas era integrar as diversas esferas de prestação de serviços de saúde (Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS)/Ministério da Saúde (MS)/Secretarias de Estado de Saúde), propósito que levou à implementação das Ações Integradas de Saúde (AIS) nos anos seguintes.

A Abrasco participou diretamente desse processo de mudanças, assumindo, conforme editorial em seu boletim, compromisso público nesse sentido:

> A Abrasco considera que as possíveis modificações precisam ser cuidadosamente analisadas. A atual diretoria decidiu examinar criticamente o referido plano e apresentar sugestões ao Conasp.
>
> O estudo das políticas de saúde no Brasil tem revelado inúmeros planos malogrados, quer por privilegiarem a ampliação de serviços preservando os interesses de um complexo médico-empresarial, quer por assumirem estratégias autoritárias e tecnocráticas. No entanto, a saúde como responsabilidade social e como direito conquistado requer a participação organizada da população, do mesmo modo que os serviços de saúde para serem modificados necessitam de uma participação dos profissionais de saúde e demais trabalhadores do setor nesse processo de redefinição. (Boletim da Abrasco, 3, jul.-set.1982)

Por outro lado, as estratégias para fortalecer as propostas de mudanças no âmbito das esferas decisórias de poder foram diversificadas, com o intuito de garantir a universalização e a gratuidade do acesso à assistência à saúde. A realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, e a convocação da Assembléia Nacional Constituinte, em 1987, estão entre os principais eventos que favoreceram articulações políticas e procuraram ampliar a participação popular no processo de decisão. Com isso, assistiu-se durante toda a década ao fortalecimento dos grupos comprometidos com a transição política e a consolidação de um sistema de governo democrático.

A Abrasco participou também diretamente desse esforço de mobilização, acompanhamento e discussão das propostas em debate nesses fóruns. Uma das atividades empreendidas com esse intuito foi a realização,

no mesmo ano de 1986, do I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva.[3] O discurso do presidente da Abrasco no evento expressava esses objetivos:

> É neste momento, com a convocação de eleições para um congresso constituinte, que precisamos nos juntar para influenciar as decisões políticas que venham resgatar o compromisso social na área da saúde, que se torna mais urgente e imperativo.
>
> A recente convocação da VIII CNS trouxe-nos a grande responsabilidade de dar continuidade a este processo e de contribuir tanto com o conhecimento técnico e científico produzido na área da saúde coletiva, como na competência política de analisar criticamente certas conjunturas, mobilizar vontades, articular ações e iniciativas que levem adiante um projeto de transformações profundas e radicais para o setor saúde. É esta responsabilidade, é este compromisso que a Abrasco, ao organizar este congresso, quer dividir com todos os participantes. É este, ao nosso ver, o perfil de atuação da Abrasco. (Sebastião Loureiro, Boletim da Abrasco, 19, jul.-set.1986)

No início do ano seguinte, a associação, em parceria com as demais entidades que compunham a Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte, divulgaria manifesto conclamando os constituintes, entidades e movimentos populares a se unirem na reivindicação pela inclusão das propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde no novo texto constitucional que seria votado.

Um ano depois, em janeiro de 1988, estando em negociação no Congresso Nacional substitutivos divergentes para o projeto de Constituição, a Abrasco reiterava seu papel nas ações destinadas à mobilização, ao acompanhamento e à intervenção no processo de decisão das questões políticas destinadas à área da saúde.

> Ainda que não tenha incorporado muitas das propostas da emenda popular que encaminhamos como co-signatários da Plenária da Saúde, e que representavam as reais necessidades e aspirações da sociedade brasileira no campo da saúde (...). Ainda que lamentemos todos os vícios desta Constituinte, tantas vezes denunciados pela Abrasco, é preciso que passemos a defender o mínimo que conquistamos. (...)
>
> Está claro, hoje, que o processo de entendimento e negociação parlamentar no interior da Assembléia Nacional Constituinte definirá o texto que vai figurar na nova Constituição. Entretanto, não podemos afrouxar a mobilização e pressão da sociedade civil e da Plenária da Saúde. (Editorial, Boletim da Abrasco, 26, jan.-fev.1988)

---

[3] Na realidade, esse seria o segundo congresso de âmbito nacional realizado pela Abrasco. O primeiro evento promovido pela associação – I Congresso Nacional da Abrasco – foi realizado juntamente com o II Congresso Paulista de Saúde Pública, em parceria com a Associação Paulista de Saúde Pública, no período de 17 a 21 de abril de 1983 (Boletim da Abrasco, 3, jul.-set.1982).

Foi, portanto, nesse cenário marcado ainda pela instabilidade política inerente àquela fase de transição e pelas propostas de amplas mudanças e fortalecimento da participação popular que a Abrasco se consolidaria institucionalmente. Ao desempenhar um papel ativo no processo de decisão política na saúde, paralelamente a seu forte vínculo com a área acadêmica, a associação assumia um perfil peculiar no âmbito da saúde, compatibilizando ação política e conhecimento científico. Como foi explicitado seis anos após sua criação, em editorial de seu boletim:

> Entidade supra partidária [*sic*], a Abrasco muito contribuiu no grande projeto democrático da Reforma Sanitária e foi capaz, juntamente com outras entidades, de transformar conhecimento técnico em propostas políticas. (Editorial, Boletim da Abrasco, 25, ano VI, out.-nov.-dez.1987)

A Abrasco chegou assim ao final dos anos 1980 avaliando que havia apresentado um bom desempenho diante dos desafios estabelecidos para aquela década. Em balanço sobre esse período, ressaltou sua atuação política e de vanguarda, mais uma vez apontando para seu papel de articulação entre vida acadêmica e ação política:

> Nestes momentos o desafio da Associação seria manter um elevado grau de coerência e harmonia entre seus papéis de ator político e de vanguarda e coordenação do debate técnico científico. Na medida do possível, a tarefa foi bem sucedida. (Editorial, Boletim da Abrasco, jan.1989)

A partir daí teria início um novo período na vida política do país, que se refletiria no âmbito da saúde em medidas adotadas com o intuito de fortalecer as articulações políticas e as orientações almejadas para esse campo social. Com as vitórias consagradas no novo texto constitucional, seguiam-se novos desafios, agora voltados para assegurar a implementação das medidas aprovadas na Constituição. Esta seria uma das diretrizes que caracterizariam o debate e as ações políticas ao longo da década de 1990.

Pensar, Fazer, Corrigir: a Abrasco e a implementação do SUS nos anos 1990

A promulgação da nova Carta, em outubro de 1988, trouxe implicações sobre o cenário dos anos 1990, impondo no campo político novos realinhamentos decorrentes, entre outros fatores, da aprovação de eleição direta para presidente da República em 1989.

Nesse quadro político, no qual desaguaram os debates ocorridos no transcorrer da Assembléia Nacional Constituinte, acirravam-se as divergências políticas e ideológicas. A sociedade começava a viver sob as

coordenadas ditadas pela nova Carta, que apresentava ênfase na ampliação dos direitos sociais e procurava direcionar a atividade econômica para suas funções sociais. Com um perfil ambíguo e contraditório em alguns aspectos, a nova Constituição causava polêmica, "configurando assim, ora um patrimônio a ser defendido e regulamentado, ora um conjunto de entraves e obstáculos a serem removidos" (Lattman-Weltman, 2004:321).

Essas divergências se refletiram na área da saúde, que elegeu como uma de suas prioridades assegurar a implementação da reforma sanitária, garantida formalmente no texto constitucional recém-aprovado. Entretanto, como o momento político estava marcado pelo confronto ideológico, as divergências em torno do desenho institucional adotado para o Sistema Único de Saúde (SUS) persistiriam, provocando novos tipos de embates políticos e novas estratégias que permitissem alterações no momento em que as medidas aprovadas começassem a ser postas em prática. Ou seja, a disputa política, os interesses conflitantes, conformados em grupos de interesses específicos, permaneceriam presentes nesse novo momento político da história brasileira.

O que se observa ao longo de toda a década de 1990, na área da saúde, é uma preocupação em garantir as conquistas obtidas com a nova Carta e assegurar a implementação do modelo de gestão em saúde definido pelo SUS. Essa decisão implicava um compromisso e entendimento entre as diferentes instâncias do Executivo – federal, estadual e municipal – para viabilizar a proposta de descentralização dos serviços. Para isso, era necessário garantir o funcionamento das instâncias democráticas de gestão e decisão, como os Conselhos Comunitários de Saúde, que deveriam ser instituídos pelas prefeituras acompanhando o princípio da municipalização. Era necessário começar a pôr em prática as idéias e propostas elaboradas ao longo da década anterior. Essas proposições terminavam por vincular diretamente o modelo de gestão definido para o SUS à vigência de um regime democrático no país. De acordo com essa lógica, defender o SUS significava consolidar os mecanismos democráticos e defender a democracia brasileira.

Para isso, outros fóruns fortalecidos no processo de transição democrática ampliavam sua participação e influência no cenário político nacional, garantindo o debate e a mobilização necessária para acompanhar as mudanças propostas para a saúde. Esse foi o caso, entre outros, da IX e da X Conferências Nacionais de Saúde e dos congressos da Abrasco. A Abrasco, ao abordar a futura realização da IX CNS em abril de 1991, acentuava essa posição:

> O temário da Conferência é atual e pertinente. Entretanto, é necessário que se tome cuidado para não tecnificá-la, dando-lhe a feição de um congresso científico ou de uma câmara técnica. A Conferência é um fórum político. Assim devem ser levados a ela os assuntos e os pontos que estão a merecer posicionamento da sociedade, para que sejam pauta de atuação do Governo.
>
> As Conferências e os Conselhos de Saúde são instâncias incomuns na nossa organização social e uma conquista importante do setor saúde. Os seus fundamentos devem ser acompanhados pela sociedade, não só naquilo que diz respeito ao setor, mas pela sua natureza, que pode se transformar em estratégia para outros setores da vida nacional. (Eleutério R. Neto, Editorial, Boletim da Abrasco, abr.-jun.1991)

Essas pretensões políticas encontrariam resistências por parte do Executivo nacional, que implicaram um adiamento na realização da IX CNS. A mudança no calendário foi interpretada como um entrave ao processo democrático no país, expressando os embates políticos existentes naquele momento e a adoção de mecanismos de resistência às propostas aprovadas na Constituição. Essa situação foi descrita no editorial da Abrasco de julho de 1991, no qual os vínculos entre as propostas de mudanças para a saúde associavam-se diretamente à consolidação da democracia no país.

> Nos últimos meses a sociedade brasileira desenvolveu um dos mais democráticos e participativos processos de discussão, quando realizou na grande maioria dos municípios e em todos os Estados e Distrito Federal as etapas municipal e estadual da 9ª Conferência Nacional de Saúde.
>
> O processo da 9ª conferência teria seu coroamento com a realização da etapa nacional em Brasília (...). O Ministério da Saúde, sob a alegação não convincente da falta de recursos financeiros, propôs ao Conselho Nacional de Saúde seu adiamento para 1992. (...) Ficou evidente então o que já vinha se configurando durante todo o processo. O Ministério da Saúde não tinha – e continua a não ter – interesse na realização da etapa nacional da 9ª Conferência Nacional de Saúde. E as razões não são as alegadas, de falta de recursos financeiros. O que está em jogo, na verdade, é o conceito de democracia do atual governo (...).
>
> A atitude protelatória do governo oculta razões muito sérias: o projeto de privatização da seguridade social (...) que altera radicalmente a estrutura de seguridade social – previdência e saúde – abordada na Constituição Brasileira. Certamente o governo não quis expor-se ao inevitável debate que eclodiria durante a conferência (...).
>
> A Abrasco mantém firme seu propósito de apoiar a implantação da Reforma Sanitária Brasileira, tanto em sua dimensão técnica quanto política (...). Afinal a Abrasco tem um só compromisso: o de trabalhar junto com a sociedade brasileira na busca de melhores condições de saúde para nosso povo (...).
>
> Pelo 'estado da democracia na saúde', pode-se avaliar o 'estado de saúde da democracia brasileira'. (destaques da autora)

Esse, portanto, seria o grande desafio a ser enfrentado e vencido no decorrer da década de 1990. Foi nessa direção que a Abrasco canalizou sua atuação política, voltada para assegurar a implantação e a consolidação do SUS, opondo-se às iniciativas de revisão constitucional e participando do processo político eleitoral.

Em junho de 1994, durante a realização do IV Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e diante de um processo eleitoral inédito, no qual seriam renovados os mandatos do presidente da República, dos governadores de Estado, de 2/3 do Senado, de toda a Câmara dos Deputados e das Assembléias Legislativas, a Abrasco convocaria todos os seus associados e participantes do Congresso a contribuírem para a elaboração de um Programa de Governo, que seria entregue em mãos a cada candidato à Presidência da República e ao governo de estado. Assumia assim o papel de articulador e porta-voz de um segmento da sociedade. "Este é o nosso por fazer. Não se trata de um chamamento da Abrasco. Quem nos convoca a elaborar este programa é a sociedade brasileira" (Editorial, Boletim da Abrasco, jun.1994).

Dois anos depois, a associação se envolveria na defesa da realização da X Conferência Nacional de Saúde, acentuando a importância do trabalho em prol da consolidação do SUS, da necessidade de debater e propor soluções para os problemas enfrentados.

> É preciso ter consciência de que o cenário (...) mudou em relação ao momento em que foi realizada a VIII Conferência. (...) a X Conferência tem que jogar luz sobre a implementação, etapa muito mais complexa, de menos retórica e maior desafio: pensar, fazer, corrigir, propor, tudo ao mesmo tempo. E mais: enfrentar o movimento hegemônico e quase monolítico de reformas neoliberais do Estado, que aposta menos na solidariedade social e muito mais no mercado (...). (Editorial, Boletim da Abrasco, jan.1996)

A ênfase sobre uma atuação marcada por vigilância, acompanhamento e crítica da política de saúde adotada e das medidas necessárias para aprimorar e fortalecer as orientações preconizadas pelo SUS continuaria caracterizando a atuação da Abrasco nos anos seguintes. Em 2000, a associação estaria à frente da realização da XI Conferência Nacional de Saúde, quando sua presidente, Rita Barata, assumiu a coordenação do Comitê Executivo e Elizabeth Barros, vice-presidente da Abrasco, foi a relatora-geral do evento, cujo tema coerentemente foi "Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social" (Belisário, 2002).

Já em 2002, diante de uma medida provisória que ressuscitou uma lei de 1975, instituindo um Sistema Nacional de Vigilância

Epidemiológica – o qual, na interpretação da Abrasco, ignorava o papel do município e as conquistas asseguradas em 1988 –, a associação iniciou uma ampla mobilização para barrar as intenções do Executivo, intento que alcançou com sucesso.[4] Ao analisar essa situação, a Abrasco reafirmou em seu discurso o perfil que a definira em sua criação, bem como seu papel na história da saúde brasileira, demonstrando que atravessava o milênio mantendo os mesmos propósitos e princípios.

> A Abrasco sente-se mais uma vez, recompensada pela defesa do Sus, da democracia, da cidadania e da Reforma Sanitária Brasileira [*sic*]. A surpresa e indignação manifestadas diante dessa Medida Provisória puderam ser traduzidas em ação política conseqüente nas instâncias de controle público sobre o Executivo e sua burocracia, tais como o Conselho Nacional de Saúde e o parlamento. O sentimento do dever cumprido perante a sociedade e seus associados estimula a identificar novas ações para a construção de um sistema de saúde digno, competente e democrático. (Editorial, Boletim da Abrasco, jan.2002)

Como mencionado no início deste artigo, a Abrasco, diante desses desafios políticos, desempenhou um importante papel na intermediação entre a área de formação de recursos humanos e as proposições políticas definidas para a Saúde Pública no Brasil. Em consonância com sua atuação política, participou também ativamente na área acadêmica, aglutinando perfis profissionais diferenciados em torno das atividades contempladas pela área da saúde. O fortalecimento desse campo de formação profissional e especialização em todo o país contou com a atuação direta da associação, que se consolidou como fórum catalisador dos debates e de gestação de novas proposições políticas para o setor.

A Abrasco e o Desenvolvimento da Área de Recursos Humanos em Saúde: construindo identidade na interdisciplinaridade

> Se por um lado é importante resgatar a autoridade na administração pública, por outro é irreal imaginar que a construção do SUS dar-se-á sem a participação efetiva do corpo de funcionários nesse processo. É necessário

[4] Após discussões no V Congresso Brasileiro de Epidemiologia, o presidente da Abrasco, com o apoio da diretoria da associação, propôs em reunião do Conselho Nacional de Saúde transformar a MP em projeto de lei, para que fosse amplamente debatido pela sociedade. Essa proposta foi aprovada e encaminhada ao Plenário da Câmara, que a acatou e, por conseguinte, rejeitou a MP 33 (Boletim da Abrasco, jan.2002).

conjugar a clara definição de normas e responsabilidades com a conquista dos funcionários para um projeto coletivo de transformação (...). (Editorial, Boletim da Abrasco, 38, abr.-jun.1990)

O projeto de Reforma Sanitária, já mencionado, representou uma ruptura institucional na tradicional estrutura relativa à organização da saúde brasileira. As demandas que essa ampla mudança requeria dependiam diretamente do desempenho desses profissionais envolvidos nas atividades cotidianas dos serviços. Para além das diferentes esferas do Executivo e de suas lideranças comprometidas com o projeto de reforma – ministros, governadores e prefeitos –, seria no dia-a-dia, nas novas configurações das relações institucionais estabelecidas, com instâncias que asseguravam a participação da população, que esse projeto obteria sucesso. Portanto, ao comprometer diretamente os trabalhadores da saúde no processo de implementação e consolidação do SUS, a Abrasco chamava a atenção para a questão da formação de recursos humanos em saúde, campo no qual desempenhou importante papel desde o momento de sua criação.

Até aqui foi possível observar, no processo de constituição e desenvolvimento institucional da Abrasco, as dimensões políticas dessa trajetória e o papel desempenhado pela associação no decorrer das transformações sociais e políticas ocorridas no país, principalmente a partir da segunda metade da década de 1970. Entretanto, paralelamente a esses eventos, a Abrasco apresentou uma importante dimensão acadêmica. Na realidade, o próprio surgimento da instituição é também reflexo das transformações no processo de formação e especialização em Saúde Pública que se desencadeou principalmente a partir dos anos 1970.

Por um lado, essa atuação acadêmica se refletiu nas ações destinadas a aglutinar instituições responsáveis pela formação de recursos humanos em saúde, quando a associação passou a constituir uma rede de intercâmbio interinstitucional no campo da educação em Saúde Coletiva. A própria conformação de um novo campo conceitual – Saúde Coletiva – surgiu na visão de um de seus dirigentes como uma tentativa de conciliar a Saúde Pública com a medicina social e com a medicina preventiva, todas as três áreas responsáveis pela formação e especialização em saúde.[5]

Por outro lado, a atuação acadêmica da Abrasco procurou fortalecer os vínculos entre esse campo de formação profissional e as

[5] Paulo M. Buss, em entrevista realizada por Cristina M. O. Fonseca e Eduardo Stotz no Rio de Janeiro, em 1999, informou que o Programa de Apoio às Residências (PAR) criado em 1977 já indicava essa distinção. Foi denominado Programa de Apoio às Residências em Medicina Social, Medicina Preventiva e Saúde Pública. O termo Saúde Coletiva viria com a criação da Abrasco, em 1979.

mudanças políticas e institucionais em curso na área da Saúde Pública. A adesão dos funcionários da saúde ao projeto de reforma sanitária em curso pressupunha a articulação entre as diferentes categorias profissionais e a construção de competências específicas nas diferentes carreiras da saúde, como também o conhecimento do modelo gerencial proposto e aprovado. Ou seja, era necessário compatibilizar o ambicioso projeto de mudanças institucionais na saúde com as estruturas curriculares, com as escolas e universidades envolvidas na formação em saúde.

A formação de recursos humanos em saúde nesse contexto ganharia, assim, conotações peculiares a esse momento político. Ao mesmo tempo que capacitava novos profissionais em saúde para atuarem nesse novo modelo gerencial, formando assim novos atores políticos, o ambiente acadêmico vinha passando por importantes mudanças. Influenciada por novos atores e novos conteúdos programáticos, a área acadêmica gerava novos conhecimentos, que dariam suporte ao debate científico e a propostas de formação interdisciplinares, que por sua vez haviam fortalecido o projeto de reforma sanitária. Há, portanto, uma inter-relação direta entre projeto político institucional e formação acadêmica na saúde. Por isso é importante compreender o surgimento da Abrasco no panorama do mundo acadêmico que vigorava no Brasil naquele momento. Determinadas mudanças que podemos constatar na área da saúde estão ocorrendo, na realidade, em outros campos de conhecimento, acompanhando um movimento mais amplo de transformações na sociedade brasileira em decorrência das características do quadro político nacional.

Angela Castro Gomes (2005), em análise sobre a historiografia brasileira, destaca que ao longo da década de 1970 os cursos e programas de pós-graduação expandiram-se em diversas universidades brasileiras, segundo ela em virtude das políticas do governo Geisel, lembrando que em 1975 havia sido instituído o I Plano Nacional de Pós-Graduação. Especificamente na área de história e ciências sociais, ganharam relevância, no âmbito desses programas, análises que se dedicavam ao tema dos movimentos sociais urbanos e rurais, à história social do trabalho e da cidadania – todas de certa forma vinculadas ao tema da questão social. Esse conteúdo temático não era, entretanto, exclusivo desse campo de conhecimento, sendo observado em outras áreas de investigação, indicando proximidades temáticas dentro do universo mais geral da academia brasileira.

No âmbito da saúde, observam-se preocupações semelhantes. Temas vinculados à questão social também ganharam relevância no debate político da área e no processo de formação acadêmica e especialização profissional, quando as disciplinas de ciências humanas foram incorporadas

aos cursos da área da saúde. Congressos e seminários internacionais estimularam a incorporação de temas sociais no debate e na definição de diretrizes políticas para a área, como foi o caso da Conferência de Alma-Ata realizada em 1978.

Ainda no decorrer do governo Geisel, iniciativas previstas no II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) também apresentaram impacto direto sobre a área da saúde, através do Centro Nacional de Recursos Humanos do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (CNRH/Ipea), da Financiadora de Estudos e Projetos (Finep) e do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde da Opas (PPREPS). Em particular o PPREPS, criado em 1975 por meio de um convênio que envolvia o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação e Cultura e a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS), em associação com o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), criado em 1976, influenciou de forma expressiva os executivos estaduais, especialmente as secretarias de Saúde do Nordeste, com a constituição de um novo conjunto de profissionais que por sua vez contribuíram para a formação de novos especialistas nessa área (Escorel, 1999).

Associados às transformações que vinham ocorrendo no ambiente universitário – com a criação dos Departamentos de Medicina Preventiva na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e na Universidade de São Paulo (USP), do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj) e com a implementação dos cursos descentralizados de saúde na Escola Nacional de Saúde Pública no Rio de Janeiro –, esses eventos expressavam a importância que vinha sendo atribuída à área de recursos humanos em saúde e seu papel estratégico no processo de mudanças almejadas para a Saúde Pública.

Foi, portanto, no percurso de construção desse cenário institucional voltado para a formação e especialização profissional na saúde que se criou a Abrasco, instituição que congregaria os profissionais envolvidos e partícipes desse processo, uma associação de instituições docentes, de profissionais de ensino e pesquisa. Tal perfil explica a inclusão do termo pós-graduação em sua sigla.[6]

---

[6] Nos estatutos da associação, constam entre seus objetivos: "I – O aprimoramento do ensino e da pesquisa em saúde coletiva; II – A intensificação do intercâmbio entre os órgãos que desenvolvem suas atividades voltadas para o treinamento, ensino e pesquisa em saúde coletiva; III – A obtenção de apoio financeiro e técnico para o desenvolvimento de programas de pós-graduação e pesquisa em saúde coletiva; IV – A cooperação entre as instituições de ensino, pesquisa e de prestação de serviços de saúde" (Estatutos da Abrasco, cap.II, art.4, 1981).

Esse movimento provocou debates em torno da delimitação do campo da Saúde Pública e da necessidade de se definirem as especificidades da medicina social, da medicina preventiva e da Saúde Pública, levando – como referido anteriormente – à constituição do que passou a se denominar de Saúde Coletiva. Na realidade, essa nova nomenclatura sintetizava em parte as preocupações políticas da época, a necessidade de buscar estratégias de intervenção no quadro político nacional e a incorporação de novas categorias de análise nesse processo de formação profissional. Ou seja, a incorporação das questões sociais associadas aos movimentos de crítica ao sistema político existente e a necessidade de transformar a realidade social do país se concretizaram, na esfera acadêmica, na figura da Saúde Coletiva, como símbolo e síntese das aspirações e inquietações políticas da época.[7]

O papel da Abrasco nesse processo foi explicitado no discurso de posse de Sebastião Loureiro na presidência da associação, já em 1985:

> Iremos propor uma reunião entre programas de residência em medicina social e geral e comunitária para que, juntamente com as instituições financiadoras e potenciais utilizadores, definam o perfil mais adequado do profissional e uma política que estabeleça o papel do residente, do sanitarista ou do especialista, inclusive com a abertura de concurso público para a sua absorção. É impossível a continuação dessa dissociação onde a universidade não sabe para que forma residentes e os serviços de saúde não se decidem sobre que residentes e se os querem afinal. Creio ser este o momento adequado para avançar com modelos de formação de recursos humanos que não somente revisse os conteúdos, mas se libertasse da rigidez dos regulamentos acadêmicos, experimentando novas formas de qualificação de pessoal que leve em consideração as peculiaridades das instituições e as suas necessidades. (Boletim da Abrasco, maio-ago.1985)

Nessa tarefa, a Abrasco instituiu parcerias, em particular com a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), local onde estabeleceria sua secretaria executiva.[8] A Fundação Kellog, na pessoa do doutor Mario Chaves, também deteve papel significativo na consolidação da associação e no desempenho de suas expectativas na área do ensino em Saúde Pública, com significativo apoio financeiro para viabilizar sua instalação na Fundação Oswaldo Cruz e a realização de publicações.[9] Nessa direção, a associação

---

[7] Há um grande número de trabalhos dedicados à análise da constituição do campo da Saúde Coletiva. Entre eles, destacam-se Canesqui (1997), Costa (1992) e Nunes (1994).

[8] Até o ano de 1987 a Abrasco estava formalmente sediada na Asa Norte, em Brasília. Esse forte vínculo com a Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz, se deve entre outros fatores a seus profissionais. Frederico Simões Barbosa, Ernani Braga e Paulo Buss foram membros da diretoria da Abrasco e, em diferentes momentos, também diretores da ENSP.

[9] Cabe lembrar que, em 1985, o professor Mário Chaves recebeu o título de sócio honorário da associação (Ata da Assembléia Ordinária da Abrasco, 12 de julho de 1985).

promoveu em julho de 1985 um seminário sobre o seguinte tema: desafios em ensino e pesquisa na área de Saúde Coletiva na conjuntura de transição.

No decorrer dos anos seguintes, a Abrasco fortaleceu seu papel nesse campo profissional, consolidando-se como um núcleo articulador entre o ambiente acadêmico e a esfera de decisão política. Os investimentos realizados nesse campo de atuação demonstrariam, entretanto, com o passar dos anos, que não seriam suficientes as articulações políticas e as medidas adotadas com o intuito de integrar as instituições de pesquisa e ensino na área de Saúde Coletiva. Novos desafios se apresentariam, principalmente a partir dos anos 1990, levando novos questionamentos ao processo de formação nessa área. A necessidade de formar quadros comprometidos com a implantação do SUS se confrontava com a maior complexidade da área acadêmica, demonstrando a necessidade de adequação entre academia e serviços. Ou seja: como conciliar as exigências do mundo acadêmico e da excessiva especialização com as necessidades identificadas nos serviços públicos de saúde?

Uma vez que a área de Saúde Coletiva se constituía como uma nova área de conhecimento nas instâncias tradicionais de avaliação e fomento acadêmico, como a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e o CNPq, outras iniciativas teriam de ser adotadas para que fossem assegurados a qualidade e o reconhecimento institucional necessários às escolas de pós-graduação em Saúde Coletiva. Para isso foi necessário investir na profissionalização da associação por meio da constituição de um comitê próprio no CNPq, que procurasse discutir e implementar indicadores compatíveis com as especificidades da área de Saúde Coletiva. Esse processo se desencadeou a partir de uma avaliação dos cursos de mestrado e doutorado com a participação de pares externos à instituição, realizada no decorrer dos anos de 1995 e 1996 (Belisário, 2002). Segundo relato de Cecília Minayo, "Assim, nesse necessário e conflituoso caminhar, o direcionamento técnico da Associação se volta para o cumprimento dessa meta: adquirir vez, voz e demonstrar especificidade perante a comunidade científica" (apud Belisário, 2002:333).

Além das implicações decorrentes da gradativa especialização do campo da saúde, ao longo da década de 1990 foram implementadas iniciativas destinadas a aproximar a área da saúde da área de ciência e tecnologia. Com isso vem se fortalecendo o diálogo entre esses dois campos de ação, fato que resultou na criação de um grupo de trabalho dentro da Abrasco. Essa integração implicou também novos debates e iniciativas que delimitassem as especificidades de cada campo de ação, com o cuidado de não prejudicar esse movimento de aproximação e cooperação.

A outra dimensão de ação no campo de formação profissional levou ao questionamento dos rumos que vinha tomando essa área de atuação. Com o desenvolvimento da pós-graduação e a expansão dos cursos de formação *stricto sensu*, paulatinamente as residências na área de medicina preventiva e social foram deixando de ser foco de interesse por parte dos profissionais da saúde, que passaram a privilegiar os mestrados e doutorados. Como conseqüência e paradoxalmente, em virtude de sua história de origem, a própria Abrasco deixou de ter esse campo como foco de prioridade. Chamando a atenção para as implicações dessa trajetória, Campos (2000:4) argumenta:

> Certamente isso não se constituiria em problema maior caso houvessem permanecido permeáveis outros canais de recrutamento de quadros para a saúde coletiva como foram também no passado os cursos de especialização em saúde pública.

Diante desse cenário, continua o autor, a prioridade na área de formação profissional em Saúde Coletiva deveria estar direcionada para a renovação de profissionais que tivessem uma visão geral desse campo de ação. Caso contrário, corre-se o risco de que, "dentro de muito pouco tempo, quando se aposente o último sanitarista generalista, ninguém haverá para contar o que é saúde coletiva e como foi construído o SUS" (Campos, 2000:5).

Essas questões remetem a uma característica inerente à própria Abrasco e, por conseguinte, ao campo da Saúde Coletiva, que é sua interdisciplinaridade, aspecto constitutivo desse campo de ação da saúde. Para pensar novas estratégias de ação e aprimoramento de recursos humanos, com prioridades que traduzam as demandas apresentadas pela sociedade, é necessário, como afirma o presidente da Abrasco na gestão que se iniciou em 2003, "ter clareza de nossos limites" dentro desse universo interdisciplinar que "impede muitas vezes de marcar nossas especificidades dentro da comunidade científica" (Goldbaum, 2003:10). É necessário, portanto, na atual conjuntura, reafirmar a identidade da Saúde Coletiva dentro de sua ampla interdisciplinaridade.

Considerações Finais

Acompanhando a história da Abrasco, é possível afirmar que ela conjugou em torno de um projeto de transformação e mudança para a Saúde Pública – com idéias que podem ser sintetizadas no conceito de Saúde Coletiva – um conjunto de atores que trabalharam para constituir esse campo no âmbito acadêmico, ao mesmo tempo que

contribuíram para fortalecer as idéias e propostas no âmbito dos canais formais e institucionalizados do sistema democrático que ajudaram a consolidar no país.

A Abrasco se caracteriza, portanto, como uma instituição profissional e acadêmica, com forte atuação política, que congrega diversas categorias profissionais, mas que não deve ser vista como um núcleo corporativo. Em parte isso se deve ao campo da Saúde Coletiva, que abarca uma ampla gama de profissões envolvidas com as atividades de saúde. Essa interdependência profissional especifica assim esse campo de ação.

Nesse processo novas instituições surgiram e se fortaleceram, tornando o campo de ação da Saúde Coletiva mais diverso e complexo. Contudo, ele mantém sua identidade em torno de ideais vinculados a um projeto político de nação mais igualitária, com serviços de saúde que efetivamente atendam às necessidades da população. Talvez a principal identidade da Abrasco resida aí, na força das idéias que orientam sua ação e seus projetos para a Saúde Pública brasileira.

Referências Bibliográficas

ABREU, A. et al. (Coords.) *Dicionário Histórico-Biográfico Brasileiro*. Rio de Janeiro: Editora FGV/CPDOC, 2001.

BELISÁRIO, S. A. *Associativismo em Saúde Coletiva: um estudo da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Abrasco*, 2002. Tese de Doutorado, Campinas: Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). (Mimeo.)

CAMPOS, F. E. Considerações sobre a residência de medicina preventiva e social na atual conjuntura brasileira. *Boletim da Abrasco*, 76:3-5, jan.-mar.2000.

CANESQUI, A. M. (Org.) *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1997.

CARVALHO, J. M. de. *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. 7.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

COSTA, N. R. Ciências sociais e saúde: considerações sobre o nascimento do campo da Saúde Coletiva no Brasil. *Saúde em Debate*, 36:58-65. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), out.1992.

ESCOREL, S. *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

GOLDBAUM, M. Reflexões sobre a pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil. *Boletim da Abrasco*, 87:9-10, nov.2002-abr.2003.

GOMES, A. M. de C. História, historiografia e cultura política no Brasil: algumas reflexões. In: SOIHET, R.; BICALHO, M. F. B. & GOUVÊA, M. de F. S. (Orgs.) *Culturas Políticas: ensaios de história cultural, história política e ensino de história*. Rio de Janeiro: Mauad, 2005. p.21-44.

HALL, P. & TAYLOR, R. *Political Science and the Three New Institutionalisms*. Cambridge: Political Studies Association/Blackwell Publishers, 1996.

IMMERGUT, E. M. *Health Politics: interests and institutions in Western Europe*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

LATTMAN-WELTMAN, F. *Economia Simbólica, Aprendizado Político e Institucionalização da Mídia no Brasil*. Bordeaux: Lusotopie, 2004. p.315-333.

NUNES, E. D. Saúde Coletiva: história de uma idéia e de um conceito. *Saúde e Sociedade*, 3(2):5-21. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP/ Associação Paulista de Saúde Pública, 1994.

STEINMO, S.; THELEN, K. & LONGSTRETH, F. *Structuring Politics: historical institucionalism in comparative analysis*. Nova York: Cambridge University Press, 1992.

Fontes Consultadas

Boletins da Abrasco.

Atas de Reuniões das Diretorias da Abrasco.

Congressos da Abrasco – Anais e documentos.

Imagem 4 – *Boletim Abrasco*, 17, jan.-mar.1986. p.4.
Imagem 5 – *Boletim Abrasco*, 14, jan.-abr.1985. p.7.
Imagem 6 – *Boletim Abrasco*, 14, jan.-abr.1985. p.2.

Saúde divulga sua carta posicionando-se frente a mudança ministerial

Firmada por centenas de profissionais da área da saúde e por entidades representativas da sociedade civil, entre as quais, CONCLAT, CONTAG, FETAC, Sindicatos, prefeituras, Conselhos e Associações, a Carta da Saúde é o documento elaborado por iniciativa da Abrasco e entregue ao Presidente José Sarney e a Governadores, Senadores e Deputados que dão sustentação majoritária ao Governo. Abaixo encontra-se a íntegra da carta de algumas instituições e personalidades signatárias.

No momento em que a Presidência da República prepara-se para a composição de sua equipe ministerial, vimos a público reafirmar os compromissos assumidos pela Nova República com a população brasileira na garantia do direito universal à saúde como dever máximo do Estado democrático.

Esse princípio norteador da política social na área da saúde faz parte do projeto governamental de construção de uma sociedade democrática, consolidado no I PND da Nova República, no qual se afirma que "a liberdade e os direitos do cidadão não vicejam quando não se garante o acesso dos indivíduos aos benefícios sociais básicos: saúde, educação, alimentação, segurança, habitação e emprego."

É mister recordar que, mais que uma bandeira política, esta posição foi fruto de uma longa tradição e experiência dos profissionais de saúde, usuários do sistema e entidades representativas da sociedade civil, que desde os anos mais duros do autoritarismo empreenderam uma luta incessante pela democratização desse setor.

Este processo consolidou-se na elaboração de um projeto de reformulação do caótico, ineficiente e iníquo sistema de saúde gerado no período autoritário, traduzindo a necessidade urgente de participação e democratização da saúde através dos pressupostos básicos de sua reorganização:

- universalização do direito à saúde, garantindo igualdade de acesso e de atenção a todos os brasileiros;
- eqüidade do sistema tanto em termos da captação dos recursos financeiros, quanto em relação à sua alocação;
- unificação do sistema de saúde através da integração de todos os seus serviços sob uma coordenação política unitária;
- descentralização do poder de decisão e execução por meio do resgate dos princípios inerentes ao federalismo;
- transferência da estrutura de poder, com participação da comunidade na definição da política nacional de saúde e na gestão da sua execução;
- desenvolvimento de ciência e tecnologia autônomas e adequadas;
- moralização do sistema, com combate às fraudes e desmandos que o levaram à insolvência.

O projeto de democratização da saúde — objeto de nossa luta — caracterizou-se, ao mesmo tempo, por sua qualidade técnica e legitimidade política, na medida em que o processo de sua elaboração foi progressivamente encampando adesões das universidades, técnicos do aparelho estatal, sindicatos de trabalhadores da saúde, sindicatos e federações de trabalhadores, associações e conselhos de usuários e profissionais, secretários de saúde etc. Finalmente, encontrou no Parlamento, instância máxima de representação da sociedade democrática, o espaço para seu debate e corporificação no programa de governo expresso no documento da Copag.

O Governo da Nova República iniciou sua gestão com um projeto para o setor saúde técnica e politicamente legitimado, podendo recrutar para as funções executivas profissionais, cuja competência assentava-se em bases coletivas de defesa intransigente da democracia.

O curto período transcorrido na execução das linhas de reorganização do setor demonstrou, de maneira inequívoca, a viabilidade e factibilidade da sua condução como estratégia para a universalização do direito à saúde. As medidas que forem tomadas, lutando contra a escassez de recursos e de tempo, além da pressão dos interesses contrários encistados no próprio aparelho governamental, demonstram que a vontade política firme e legítima pode transformar-se nas ações administrativas necessárias à recondução da sociedade brasileira ao seu ideal democrático.

No entanto, muitas etapas deverão ser cumpridas para que sejam atingidas as metas propostas. Há um processo em andamento cuja continuidade não pode ser ameaçada, sob pena de retrocesso e perdas inadmissíveis em um Governo que recém-inicia o resgate da sua dívida social.

A continuidade da execução da política de saúde em curso passará ainda por três etapas fundamentais para sua plena realização:

- a VIII Conferência Nacional de Saúde, onde serão debatidas as linhas básicas da Política Nacional de Saúde;
- a Assembléia Nacional Constituinte, onde será impresso, na Carta Magna, o direito universal à saúde;
- a reforma sanitária, processo imprescindível de consolidação jurídico- administrativa das conquistas democráticas.

A reforma ministerial anunciada pelo governo ocorrerá no momento em que este processo está sendo desenvolvido em suas etapas iniciais.

Tal fato gera expectativas e apreensões. Temos expectativas em relação ao cumprimento dos compromissos sociais enunciados no I PND-NR e na continuidade da execução da política da saúde. Por isso, esperamos que os novos ministros escolhidos participem, encampem e dêem continuidade ao projeto de democratização do setor saúde.

Porém, vemos com apreensão a rearticulação de setores políticos retrógrados vinculados ao sistema de saúde como prestadores de serviços, produtores de insumos e financiadores de seguros, que vêm neste momento desencadeando uma campanha de contra-informação com o objetivo de desestabilizar a administração atual. Assim retomariam a posição privilegiada que assumiram nos anos do autoritarismo, que resultou em um sistema de saúde antidemocrático, voltado para a lucratividade, em detrimento das reais necessidades da população.

Neste sentido, reafirmamos a necessidade de preservação da política nacional da Nova República que, ao lado da reorientação do desenvolvimento econômico em direção aos interesses da população marginalizada em todos esses anos, conduza com mesma firmeza a execução das políticas sociais que viabilizem a conquista e consolidação dos direitos sociais.

Assim sendo, reafirmamos nossos compromissos na defesa da:

- democratização da saúde;
- preservação de uma política unitária de desenvolvimento econômico e social;
- continuidade do projeto de reorganização do setor; e
- manutenção das etapas de execução da política de saúde, o que implica em:
  - realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em março de 1986 com o temário e organização aprovados;
  - preservação dos quadros técnicos dirigentes que vêm conduzindo o processo de execução da política de saúde;
  - garantia do direito à saúde na Constituição; e
  - realização da Reforma Sanitária necessária à adequação do setor à sociedade democrática.

Declaração de Ouro Preto

Os profissionais de saúde procedentes de diferentes países da América Latina, vinculados a importantes grupos de pesquisa e trabalho na área de Medicina Social, reunidos em Ouro Preto, berço histórico do início do movimento pela independência brasileira, no III Seminário Latino-Americano de Medicina Social, decidimos emitir a presente declaração.

Considerando que:

1. *Os estudos e análises realizados sobre o estado de saúde dos povos latino-americanos revelam profundas evidências de uma severa deterioração da saúde de nossos povos como conseqüência da crise econômica que nossos países atravessam;*
2. *Esta deterioração foi agravada e incrementada pelos regimes autoritários que através da violência militar buscaram manter-se no poder contra o desejo de seus povos;*
3. *Que a violência de regimes contra seu próprio povo como ocorreu na Argentina, Uruguai e continua ocorrendo no Chile, El Salvador e Guatemala resultaram em mais mortos, feridos e traumatizados que as mais graves doenças conhecidas;*
4. *Que como parte de nossos princípios consideramos que a luta por melhores condições de saúde passa pela manutenção da vida em condições de dignidade, de liberdade e da auto-determinação dos povos.*

DECIDEM:

1. *Condenar energicamente todas as medidas que atentem contra a vida, a liberdade e a auto-determinação dos povos.*
2. *Lutar pela implantação de uma situação de PAZ que atenda à satisfação das necessidades básicas dos povos, e solidarizar-se com as lutas que conduzam nessa direção.*
3. *Instar os trabalhadores de saúde da América Latina a integrarem-se decididamente nos movimentos de solidariedade e nas lutas pela PAZ na Região.*
4. *Reconhecer as lutas que estão sendo travadas em todos os países latino-americanos no momento atual.*
5. *Condenar energicamente o governo norte-americano pela guerra não declarada que realiza contra o povo e o governo nicaraguense.*
6. *Manter o estado de alerta permanente diante da iminência de uma intervenção em grande escala contra o povo nicaraguense.*
7. *Denunciar a ocupação militar de Honduras pelo governo norte-americano que utiliza o país como base de agressão e controle dos demais países da América Central.*
8. *Repudiar o genocídio perpetrado contra os povos de El Salvador e Guatemala, promovido e financiado pelo governo norte-americano, e reconhecer a Frente Farabundo Martí da Libertação Nacional e a Frente Democrática Revolucionária (FMLN/FDR) como legítimas representantes do povo salvadorenho.*
9. *Condenar energicamente a violência cometida contra o povo chileno pela ditadura instaurada há 11 anos, particularmente exacerbada no momento atual quando presenciamos, sob estado de emergência, prisões em massa, encalusuramento em campos de concentração e a violenta repressão a todo e qualquer desejo de libertação e participação do povo chileno.*
10. *Expressar apoio às gestões realizadas pelo Grupo de Contadora na implementação da versão original da Ata de Contadora que permitiria uma solução pacífica para a crise da América Central.*
11. *Manifestar apoio ao processo de democratização em curso na Bolívia e na Argentina, condenando todas e quaisquer tentativas que levem ao seu retrocesso.*
12. *Apoiar os movimentos sociais que conduzem a redemocratização no Brasil e Uruguai.*
13. *Condenar energicamente e repudiar a intervenção norte-americana em Granada, esperando que este povo reencontre seu caminho de auto-determinação.*
14. *Condenar todas as políticas belicistas que possam levar ao confronto entre países, bem como o crescimento e desenvolvimento da corrida armamentista, e lutar, por todos os meios, a favor do desarmamento e contra o confronto nuclear, que poderá levar à extinção da própria Humanidade e do planeta.*

OURO PRETO, BERÇO HISTÓRICO DA INDEPENDÊNCIA BRASILEIRA, EM 23 DE NOVEMBRO DE 1984.

No grupo de trabalho sobre Movimentos Sociais e Saúde, (da esquerda para direita)-os profs. Nilson Costa e Sergio Arouca (ENSP), Mario Argandoña (Bolívia) e Guillermo Gonzales (Nicarágua)

Comunidade quer continuidade no financiamento

A necessidade urgente de medidas de emergência que assegurem a continuidade e regularidade na liberação de recursos para pagamento de bolsas de estudo e financiamento dos programas de pesquisa vem sendo ressaltada, junto ao Ministério de Ciência e Tecnologia e órgãos a ele vinculados, por comissão da comunidade científica.

Constituída pelos representantes das sociedades científicas a 28 de março, a Comissão tem por objetivo promover e coordenar o diálogo entre o Ministério de Ciência e Tecnologia e a comunidade científica.

Atividades — Em sua primeira reunião, a Comissão estipulou, como parte de seu programa de atividades, a promoção de definição e implantação de mecanismos de participação da comunidade científica nos órgãos responsáveis pela formulação de políticas e financiamento em ciência e tecnologia. O grupo pretende ainda acompanhar a elaboração da estrutura funcional e administrativa do novo Ministério e eventuais reformulações dos órgãos a ele vinculados.

Através da SBPC e com a colaboração das sociedades científicas, a Comissão pretende promover discussões sobre os problemas que afetam o desenvolvimento científico e tecnológico do país. Destes debates, resultará documento, que será submetido à 37ª Reunião Anual da SBPC e, depois de aprovado pelo plenário, encaminhado ao Ministro Renato Archer.

As sugestões e recomendações das sociedades científicas devem ser encaminhadas ao Coordenador da Comissão, Alberto Carvalho da Silva, na Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, Rua Pio XI 1500, CEP 05060, São Paulo, ou ao Vice-Coordenador, Gerhard Malnic, no Departamento de Fisiologia do Instituto de Ciências Biomédicas, Universidade de São Paulo, Cidade Universitária.

Muda Saúde
A Carta de Montes Claros

Os participantes do IV Encontro Municipal do Setor Saúde e III Encontro Nacional dos Secretários Municipais de Saúde aprovaram um conjunto de diretrizes que deverão orientar a Política Nacional de Saúde do futuro Governo Tancredo Neves, como parte do compromisso com o povo brasileiro para a transição e consolidação da Democracia. Essas diretrizes são:

1º — As decisões quanto à formulação da política econômica e a definição das autoridades governamentais que implementarão esta política e as autoridades da área econômica devem refletir o anseio de mudança manifestado pelo povo nas praças durante a campanha pelas eleições diretas para Presidente da República. Devem ser garantidas políticas de reativação da economia, ampliação do nível de emprego, reposição salarial, reajustes salariais de acordo com a inflação, e garantia de recursos orçamentários para os gastos estatais na área social.

2º — As políticas sociais e econômicas deverão estabelecer uma nova relação, onde o desenvolvimento social não seja entendido como mero reflexo da retomada do crescimento econômico. A história recente do país demonstra que o crescimento econômico não é por si só suficiente para garantir a solução dos problemas sociais que afetam a grande maioria da população brasileira.

3º — A política de saúde deverá estar orientada pelo princípio de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Deve ser objetivo de curto prazo alcançar a universalização do acesso às ações de saúde. O setor público deve ser considerado como parte indispensável ao cumprimento deste objetivo, tendo o setor privado uma atuação complementar. Desta forma, as ações de saúde devem ser consideradas como um serviço de interesse público. As relações entre Estado e setor privado deverão, portanto, ser revistas, e se orientarem pelo princípio da concessão de um serviço público.

4º — Deverá ser implementada, de imediato, uma reformulação do setor saúde, transferindo-se para o âmbito do Ministério da Saúde: o INAMPS, a Central de Medicamentos (CEME), o setor de Saúde Ocupacional e a formulação da política de saneamento básico, bem como o repasse de recursos financeiros respectivos.

5º — A transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde, por si só não resolve todos os problemas. Ela deverá vir acompanhada de modificações em sua estrutura que eliminem as práticas distorcidas de clientelismo e de fraudes; para tanto, deverão ser propostos mecanismos de participação dos trabalhadores, empregadores, profissionais de saúde, do Executivo e do Legislativo na definição, implementação, fiscalização e acompanhamento das políticas, planos e programas. Deverão ser removidos todos os focos de corrupção e apuradas as denúncias de fraudes. Também deverão ser remunerados de forma justa os serviços próprios e conveniados.

6º — O sistema unificado de saúde não deverá constituir-se em nova e pesada máquina burocrática, centralizada no plano federal. Ao contrário, deverá prover efetiva descentralização através das Secretarias Estaduais, Superintendências Regionais do INAMPS e Secretarias Municipais de Saúde. Deverá ser garantida a fixação de percentual dos recursos federais arrecadados e destinados ao setor saúde pelos Estados e Municípios e que farão parte dos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde. A propósito, fica referendado, em linhas gerais, o documento do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), quando preconiza a Unificação do Sistema de Saúde e a municipalização das ações.

7º — Assume particular relevância a definição de uma política de formação e desenvolvimento de recursos humanos e de Ciência e Tecnologia, adequados à nova política de saúde e às realidades regionais. Assim, é essencial que se desenvolvam as bases da tecnologia nacional de medicamentos, imunizantes e equipamentos. O ingresso no serviço público de saúde, sob qualquer regime contratual, se fará exclusivamente por concurso e a contratação dos demais serviços, por licitação.

8º — Os orçamentos estaduais e municipais de saúde não deverão sofrer cortes à medida que se transfiram recursos da União, que não deverão ser substitutivos. A médio prazo se propõe que, ao contrário, se aumente o percentual destinado à saúde nos orçamentos estaduais e municipais.

9º — A curto prazo deverão ser adotadas medidas emergenciais que visem racionalizar o uso dos recursos disponíveis, reduzir ou eliminar a ociosidade dos serviços públicos, ampliar as Ações Integradas de Saúde (AIS) a todos os municípios (mesmo àqueles que não possuam rede própria) e garantir o fornecimento de medicamentos prioritários e essenciais.

10º — A médio prazo, os participantes reconhecem que a resolução dos estrangulamentos no financiamento do setor saúde e a efetiva municipalização deverão ser logrados com maior eficácia a partir da reforma tributária que seja progressiva, incidindo mais fortemente sobre os grupos de maior renda e ganhos de capital; que seja redistributiva regional e socialmente e que garanta os recursos necessários para os Estados e Municípios.

11º — O pressuposto básico de todas as propostas referidas no presente documento é a participação popular em todos os canais decisórios e em todos os níveis, visando a formulação, a execução e o controle das medidas governamentais. Cabe, portanto, ao novo Governo, a imediata facilitação e criação dos canais necessários para que essa participação se efetive.

Quanto à questão da municipalização dos serviços de saúde, os participantes do IV Encontro Municipal do Setor Saúde e III Encontro Nacional dos Secretários Municipais de Saúde decidiram referendar uma pauta de ítens que representa as recomendações e conclusões da seqüência de Encontros Municipais, até o realizado presentemente em Montes Claros.

1. Prioridade para Rede Própria Municipal de Unidades de Atenção Primária à Saúde. O Hospital e Pronto-Socorro Municipais, quando existem, devem ter participação majoritária da União e Estado no seu custeio. O que se entendeu por Atenção Primária à Saúde, nesses Encontros, foi o elenco de atividades exercidas por profissionais não especializados, apoiados em técnicas de manejo simples, sólido embasamento técnico-científico e custos compatíveis com grande cobertura populacional, com a finalidade de:
   - a) Promover e proteger a saúde através de Educação para Saúde, Vacinações, Saneamento etc.;
   - b) Prestar primeiro atendimento;
   - c) Prestar atendimentos de seguimento para os casos mais simples;
   - d) Encaminhar os casos mais complexos para ambulatório especializado ou hospital;
   - e) Facilitar aos Auxiliares de Saúde e à população acesso aos conhecimentos e práticas da Atenção Primária à Saúde.
2. Na relação com os demais órgãos de saúde deve ser observado:
   - a) Integração e Racionalização dentro das metas de Hierarquização e Regionalização, onde a Rede A.P.S. passe a ser a porta privilegiada de entrada;
   - b) Nova definição de Responsabilidades municipais, estaduais e federais na área da Saúde, quanto aos níveis de complexidade dos serviços e quanto ao financiamento e seu controle.
3. Desenvolvimento dos Recursos Humanos de Saúde, que priorize além da capacitação técnico-científica em Saúde, também a competência em programação, supervisão, avaliação, administração e gestão, assim como um Plano de Cargos e Salários.
4. Consecução de dotação orçamentária municipal para a Saúde, que tenha como piso 8% do orçamento total.
5. Manter e ampliar os esforços para reforma do Sistema Tributário com fortalecimento das Prefeituras e, enquanto esta reforma não se concretizar, concentrar esforços de captação de recursos a fundo perdido, principalmente de origem federal, para serem aplicados nas prioridades constantes nos três primeiros ítens.
6. Criar e estimular canais de participação do pessoal de saúde e da própria população beneficiária, onde o primeiro passo é a democratização da informação e do conhecimento.
7. Manter o reconhecimento de que o nível de saúde da população é conseqüência de fatores mais indutores que o setor saúde, tais como: alimentação, saneamento, habitação, pleno emprego, poder aquisitivo, etc.

2. Congressos da Abrasco: a expressão de um espaço construído[1]

Soraya Almeida Belisário

Pode-se definir congresso como reunião, encontro, ligação, ajuntamento, conferência, assembléia de delegados para discutirem assuntos de importância (Ferreira, 1986). Nesses encontros, uma associação científica tem, por sua vez, a possibilidade de divulgação de sua produção científica, de difusão de conhecimentos e de troca de experiências. Uma instituição com as características da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) tem nesses momentos, além dos componentes apontados, momentos de tensões, de demonstração de especificidades, de proposições políticas, pelo fato de seus congressos se constituírem como fóruns de dimensão nacional e até mesmo internacional de discussão e de formulação de políticas de saúde (Belisário, 2002).

Com uma surpreendente capacidade convocatória e mobilizadora, além de uma vocalização de dimensões extraordinárias, os congressos promovidos pela Abrasco, ao longo de seus 25 anos, vêm surpreendendo até os mais pessimistas. Desde o primeiro evento patrocinado por ela, observa-se não só a crescente participação dos profissionais do setor como também a diversidade de temas e objetos de discussão e análise.

O grande papel desempenhado pelos congressos da Abrasco na área científica – assim como sua vocação de disseminação de conhecimentos

[1] Este texto é uma versão revista e atualizada de capítulo integrante da tese de doutorado *Associativismo em Saúde Coletiva: um estudo da Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco*, defendida na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), em 2002, pela autora (Belisário, 2002).

e estímulo para que se produzam trabalhos científicos também com base em experiências práticas dos serviços de saúde – é constatado por meio do crescente número de trabalhos apresentados, detentores dos mais diversos matizes (Belisário, 2002). São eventos de inegável força e notória importância, já que, a despeito de conjunturas mais ou menos favoráveis, a Abrasco mantém sua capacidade de convocação e sua legitimidade, representadas tanto pelo crescente número de participantes como pela presença em seus congressos das mais diversas autoridades, como ministros de Estado, prefeitos, secretários e gestores, dentre outros. A análise desses eventos constitui importante fonte de entendimento da dinâmica da associação, de sua crescente legitimidade, do crescimento de suas diversas áreas científicas e de seu poder de representação.

Em sua trajetória como instituição científica, a especificidade e a densidade do conhecimento, aliadas ao crescimento e à afirmação de certas áreas da Saúde Coletiva – crescimento esse decorrente da complexidade e da diversidade do campo –, vão impor mudanças na sistemática de realização dos congressos da associação, levando à promoção de eventos específicos por áreas.

Observa-se que, desde seus primeiros momentos, a Abrasco inaugurou a prática de realizar reuniões temáticas, parciais, no intuito de discutir as questões mais prementes do campo que então se constituía. Contudo, a crescente diversidade e a complexidade de áreas e temáticas, a serem abordadas no campo da Saúde Coletiva (SC), mostraram logo a necessidade de se pensar uma fórmula mais abrangente e participativa. Impulsionada por essa necessidade, a Abrasco inaugurou sua nova fórmula de encontro, de interlocução com seus representados, o 'Abrascão'.

Em seu percurso científico-político, no qual se destaca sua capacidade convocatória, a Abrasco vem, ao longo dos anos, desenvolvendo seu próprio *know-how* na organização não só de congressos, seus eventos maiores, como também de uma série de encontros e seminários, chegando a ter uma importante atuação como grupo organizado nos mais variados eventos da vida nacional.

Constituindo-se efetivo espaço de representação da comunidade da SC, as mudanças de enfoque e amplitude sofridas pelo 'Abrascão', ao longo dos anos, têm na conjuntura social, política e científica as prováveis razões de sua existência, reflexo também dos diversos momentos vivenciados pela própria associação.

Na análise do tema central escolhido para nortear cada 'Abrascão', observa-se que ele parte de uma 'aguerrida' postura política, em consonância com a conjuntura político-social do país, e caminha em direção a temas

mais abrangentes, referenciados em conjunturas mais ampliadas da vida societária, chegando mesmo a atingir o nível da subjetividade, 'o sujeito', em um desses eventos.

No progressivo ampliar das parcerias estabelecidas, tanto em âmbito nacional como internacional, observa-se também uma ampliação de fronteiras que está presente no que concerne tanto ao 'Abrascão' como aos congressos específicos organizados pela associação.

É importante ainda ressaltar a diversidade de documentos produzidos nesses eventos, com destaque para as 'cartas' aprovadas em suas plenárias finais, as quais sintetizam, dentre outras questões, a posição e os encaminhamentos relativos à formulação das políticas de saúde no país (Belisário, 2002).

Aqui, procurar-se-á traçar um panorama desses importantes eventos promovidos pela Abrasco, com destaque para o Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – o 'Abrascão'. Far-se-á também um apanhado dos dois principais congressos por áreas específicas: os congressos de epidemiologia e os de ciências sociais. Ressalta-se que, devido aos limites deste texto, não será possível abordar todos os eventos em que a Abrasco foi co-partícipe com outras associações e/ou instituições. Quando as informações assim o permitirem, apresentar-se-á um resumo das dimensões e características de cada um dos congressos realizados pela Abrasco, desde sua fundação até os dias atuais. Para a construção e organização deste texto, utilizaram-se, como fontes preferenciais de consulta, os boletins emitidos pela associação, os anais dos eventos, seus livros de resumos, programas e demais documentos atinentes a eles.

I Congresso Nacional da Abrasco

Ao iniciar sua caminhada, numa primeira incursão ainda tímida, mas ao mesmo tempo ousada para uma instituição jovem, a Abrasco, juntamente com a já instituída Associação Paulista de Saúde Pública (APSP), promove seu primeiro grande evento de dimensão nacional. Assim, o I Congresso Nacional da Abrasco é realizado simultaneamente ao II Congresso Paulista de Saúde Pública, em São Paulo, no período de 17 a 21 de abril de 1983, sob a presidência de Benedictus Philadelpho de Siqueira, numa parceria que renderia outros frutos no futuro.

Ensaiando uma já presente vocação política, o congresso apresenta como tema central de discussão a Política Nacional de Saúde, abordada com foco em quatro temas básicos: Política de Assistência Médica, Política

de Saneamento, Política de Recursos Humanos e Participação Popular em Saúde. O significado dessa primeira iniciativa para a associação se traduziu no fato de que

> o Congresso significou o lançamento da ABRASCO fora do círculo restrito dos profissionais de pós-graduação (...). Acreditamos que, após este Congresso, a ABRASCO terá o respaldo e a legitimidade necessários para ser o canal das reivindicações e lutas não só dos profissionais de Saúde Coletiva, mas também dos setores organizados da população, por melhores condições de saúde e pela democratização real da sociedade brasileira. (Siqueira, 1983:1)

Em consonância com o tema central proposto e o momento político vivenciado, alerta-se para a inexistência de um Sistema Nacional de Saúde voltado para atender às reais necessidades da população; para as conseqüências advindas das precárias condições do saneamento ambiental; para a inexistência de uma política de recursos humanos; para o fato de o complexo médico-hospitalar continuar a definir os rumos das ações de saúde a serem implantadas e para o fato de a população continuar a ser objeto das políticas de saúde e não seu sujeito.

Desde esse momento, pode-se avaliar como bastante intensa a capacidade convocatória da Abrasco. Essa avaliação está embasada no grande e surpreendente comparecimento de profissionais do setor, pois o congresso reuniu um número de participantes – cerca de dois mil – que surpreendeu os próprios organizadores. Esse fato demonstra não apenas o crescimento no número de profissionais ligados à área de SC, já naquela época, mas também a dimensão das próximas atividades desenvolvidas pela associação.

I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva: o 'Abrascão'

Ao perceber que era necessário ampliar seu escopo de participação e comunicação com seus associados, a Abrasco promove uma primeira reunião na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj), no sentido de desencadear seu próprio processo de organização de congressos. Sem experiência, com pouca infra-estrutura, mas sentindo a necessidade, sobretudo política, de realizar o evento, a instituição lança-se nessa empreitada a partir de sua terceira diretoria.

Assim, o I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (CBSC), ou seja, o I 'Abrascão', é realizado no período de 22 a 26 de setembro de 1986, no Rio de Janeiro, com o tema central "Reforma Sanitária e Constituinte: garantia do direito universal à saúde".

Sob a presidência de Sebastião Loureiro, o I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva cumpre seu papel político em consonância com seu corpo de associados e conta com a participação de cerca de dois mil profissionais da área de SC. Sobre esse primeiro congresso, é importante destacar seu papel e a oportunidade de sua realização no momento político vivido. Um momento que vem, na seqüência e como um aprofundamento dos debates da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), pouco antes da eleição para a Assembléia Nacional Constituinte.

Em discurso proferido na abertura do evento, o presidente da Abrasco caracteriza o momento político como oportuno e importante para se discutir as bases técnicas, políticas e institucionais de uma reforma sanitária que modificasse o então quadro da saúde. Ao falar sobre a VIII CNS, reforça a responsabilidade de dar continuidade ao processo e de contribuir tanto

> com o conhecimento técnico e científico produzido na Saúde Coletiva, como na competência política de analisar criticamente certas conjunturas, mobilizar vontades, articular iniciativas e ações que levem adiante um projeto de transformações profundas no setor. É esta responsabilidade e este compromisso que a ABRASCO, ao organizar este congresso, quer dividir com os participantes. É este, ao nosso ver, o perfil de atuação da ABRASCO. (Loureiro, 1986:2)

Ele afirma ainda que a Abrasco procurava ser a consciência crítica do movimento progressista na saúde.

Como um "fórum científico com características marcadamente políticas" (Abrasco, 1986a:6) , a assembléia-geral e a sessão plenária final desse I Congresso aprovam declarações, propostas e moções cujo teor e amplitude refletem a abrangência das preocupações e deliberações dos mais de dois mil participantes. Aprovam ainda a organização de uma frente popular de defesa da Reforma Sanitária, tarefa a ser desenvolvida pela associação em 1987; a proposta elaborada por Eleutério Rodriguez Neto, com base no relatório da VIII CNS – a proposta de conteúdo "Saúde para a Constituição", colocada como subsídio para a discussão, com vistas à Assembléia Nacional Constituinte; e 26 moções referentes aos mais variados objetos atinentes ao setor (Abrasco, 1986a).

A declaração final desse I CBSC reveste-se de grande importância política, uma vez que, entre outras questões, reafirma

> a necessidade da continuidade no processo de mobilização social em torno da reforma iniciado com a VIII CNS; o apoio à Comissão Nacional da Reforma Sanitária (...); o apoio estratégico aos avanços representados pelas AIS (...); a necessidade de construção de uma Frente Popular pela Reforma Sanitária (...);

> e o engajamento decisivo no processo constitucional, estabelecendo um projeto para a saúde a ser inscrito na nova constituição e comprometendo desde agora os candidatos com as propostas da Reforma Sanitária. (Abrasco, 1986b:1)

Para a diretoria, a realização desse congresso

> representou o novo patamar na construção científica do saber, ao mesmo tempo que permitiu a formulação de propostas estratégicas da Reforma Sanitária que certamente serão inscritas na nova Constituição brasileira. (Abrasco, 1986a:6)

II Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva/ III Congresso Paulista de Saúde Pública

Num momento propício para se trabalhar um texto legal para o Sistema Único de Saúde (SUS), realiza-se o II Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, de 3 a 7 de julho de 1989, em São Paulo, apresentando como tema central o "Sistema Único de Saúde – conquista da sociedade". Sob a presidência de Guilherme Rodrigues da Silva e à semelhança do primeiro congresso, o evento é promovido em parceria com a Associação Paulista de Saúde Pública (APSP).

Correspondendo às expectativas, é um congresso bastante concorrido, com cerca de 2.500 participantes advindos tanto dos serviços de saúde quanto das instituições acadêmicas. Ocorre em um momento importante para a sociedade brasileira, quando irá se realizar a primeira eleição para presidente da República desde o Golpe Militar de 1964, numa conjuntura que contribui para que o congresso se transforme em espaço de definição de políticas, passíveis de serem cobradas dos futuros candidatos à presidência.

No programa do evento, além do significativo número de trabalhos e atividades realizadas, destacam-se quatro mesas-redondas, cujos temas ilustram bem o momento vivenciado: "1 – Que saúde é essa, presidente? A saúde no contexto da sucessão presidencial"; "2 – O Sistema Único de Saúde – as leis"; "3 – Sistema Único de Saúde: a operacionalização"; e "4 – Política científica e tecnológica em saúde".

A apresentação constante do programa do congresso afirma que o evento

> constitui-se como um espaço de síntese e reflexão sobre o momento que a Saúde Coletiva-Saúde Pública atravessa no Brasil (...). Por outro lado reveste-se de fundamental importância a realização de um evento de caráter nacional,

> que possibilite o entendimento da trajetória da área da Saúde Coletiva (...) área que, apesar dos revezes [*sic*], caminha para sua consolidação, buscando definições metodológicas, técnicas e de conteúdo. (Abrasco, 1989b)

Em sua assembléia-geral, é aprovada a declaração final, intitulada "Carta de São Paulo", dirigida à sociedade brasileira e às comunidades científicas e de serviços da área da Saúde Coletiva (Abrasco, 1989a). Entre outras questões, a carta denuncia as condições de vida e saúde da população e as distorções do sistema de saúde, defendendo a implantação de um sistema de saúde socialmente justo e tecnicamente adequado ao Brasil contemporâneo. Denuncia ainda o que denomina "obstaculização ou desvirtuação da Reforma Sanitária", expressa no bloqueio dos canais de participação da população na definição e no controle das políticas de saúde e na desobediência à Constituição, pelo não envio no prazo estabelecido das propostas de projeto de lei sobre seguridade social, incluindo a saúde. Reafirmando os propósitos da Reforma Sanitária, a carta exige a preservação e o avanço do projeto, a aprovação imediata das leis orgânicas da seguridade social – saúde, previdência e assistência social –, a imediata instalação das instâncias colegiadas de gestão, uma reforma político-administrativa que assegure a unicidade de comando em cada esfera de poder e a garantia das bases financeiras da seguridade social. Também reafirma a retomada da política de desenvolvimento científico e tecnológico que permita a auto-suficiência nacional na produção de insumos e equipamentos e o respeito ao direito constitucional de acesso do cidadão às informações de saúde de caráter individual e coletivo. Cobra, por fim, dos futuros governantes, posicionamento e compromisso em relação a essas questões.

III Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva/ I Encontro de Saúde Coletiva do Cone Sul

Tendo como tema central "Saúde como direito à vida", ocorre em Porto Alegre (RS), de 16 a 20 de maio de 1992, sob a presidência de Arlindo Fábio Gómez de Souza, o III CBSC, em conjunto com o I Encontro de Saúde Coletiva do Cone-Sul. Observa-se que, pelo próprio caráter desse congresso, realizado no Cone-Sul, a Abrasco amplia sua perspectiva como associação em defesa dos interesses de toda a América Latina, chamando a atenção para as recentes conquistas de toda a nação brasileira, como a Constituição e a criação do SUS, entre outras.

Continuando uma tradição já iniciada, o congresso cria a oportunidade de importantes reuniões e encontros em seu interior. Nele, é introduzida a Feira de Saúde, com o objetivo de "divulgar a ciência, levando

ao público em geral informações atuais sobre alguns temas na área da Saúde Pública/Saúde Coletiva" (Abrasco, 1992c:17). Uma iniciativa que, segundo a própria Abrasco (1992a:9), ousou "conferir ao congresso um corte popular onde a população pode compartilhar o conhecimento e a informação criada nos órgãos públicos".

Em sua assembléia final, o IV Congresso aprova a "Carta de Porto Alegre", a qual é permeada por um sentimento de indignação em todo o seu conteúdo. Diz a carta:

> indignação é o sentimento que, no momento, mais unifica os profissionais de saúde e os profissionais da Saúde Coletiva e os usuários dos serviços. Indignação com o aumento da miséria e desigualdades, na vida, na doença e na morte. Indignação face ao recrudescimento de velhas epidemias e a expansão de novas. Indignação com as chamadas políticas de ajuste econômico (...) com a privatização e o desmonte dos sistemas de saúde e de seguridade social; com a corrupção, a incompetência político-administrativa e as ameaças à ordem institucional. (Abrasco, 1992b)

Afirma também a necessidade do fortalecimento das instituições democráticas; da adoção de políticas econômicas de educação, saúde, seguridade social, ciência e tecnologia, condizentes com o desenvolvimento desses países; da redução das desigualdades sociais e regionais e da promoção do bem de todos, sem preconceitos e discriminações, de modo que prevaleçam os direitos humanos e a defesa da paz. Enfatiza as conquistas relativas à promulgação da Constituinte, ao mesmo tempo que alerta para os riscos de perdê-las, e aponta a IX Conferência, que ainda seria realizada, como uma oportunidade de reafirmação, por parte da sociedade, de seu projeto de Reforma Sanitária e de estabelecimento de diretrizes para a política nacional de saúde dos próximos anos (Abrasco, 1992b). Por último, acentua:

> diante deste quadro de indignação, o movimento pela redemocratização da saúde rearticula suas forças e investe na criatividade – este III Congresso e I Encontro representam o fortalecimento deste movimento, pois ampliaram o diálogo entre irmãos do Cone-Sul em termos de experiências e de desenvolvimento científico e tecnológico além de promover a aproximação da produção acadêmica aos serviços de saúde. (Abrasco, 1992b)

IV Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva

Com o tema "Saúde, o feito por fazer", realiza-se em Olinda (PE), de 19 a 23 de junho de 1994, o IV CBSC, também sob a presidência de Arlindo Fábio Gómez de Souza. Numa demonstração indiscutível de seu poder convocatório, a Abrasco reúne cerca de 3.800 participantes nesse

evento que conta, em sua programação, com um grande contingente de trabalhos científicos e diversas atividades. Esse é um congresso que introduz novidades em sua organização/programação, a qual se desenvolve com base em eixos temáticos, realiza-se fora do eixo Rio-São Paulo (um compromisso da diretoria) e possibilita encontros setoriais em seu interior.

Em relação ao último ponto, propicia a realização de eventos especiais, como a I Reunião Nacional de Conselheiros de Saúde, o Encontro Nacional de Representantes de Comissões de Saúde do Legislativo, a reunião conjunta do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), a reunião das organizações não-governamentais (ONGs) ligadas à saúde, bem como a assembléia do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). À semelhança do III CBSC, esse também promove a Feira de Saúde – um espaço de integração entre os congressistas e a população local.

O IV Congresso acontece num ano importante, de construção da democracia no Brasil, momento de renovação de mandatos tanto no Executivo como no Legislativo. Na apresentação de seu programa, é explicada a escolha do tema "Saúde, o feito por fazer". Para a Abrasco,

> O tema é rico em simbologias: refere-se à gravidade da situação sanitária e social da população brasileira, ao percurso difícil e tortuoso do setor saúde nos últimos anos e, finalmente, ao compromisso, que todos devem reafirmar, de continuar nossa luta pelo direito à saúde. (Abrasco, 1994b)

Sua dimensão o aponta como detentor de

> uma dimensão política especial e deve constituir num [*sic*] espaço privilegiado para a ampliação e o aprofundamento do debate do 'feito por fazer'. Pretende, ainda, contribuir para a avaliação e a atualização do projeto de construção da Saúde Coletiva no Brasil, através da interação de esforços de representantes da academia e dos serviços. (Abrasco, 1994b)

Em sua assembléia-geral é aprovada a Carta de Pernambuco, encaminhada aos então candidatos à Presidência da República (Abrasco, 1994a). A carta, uma síntese das discussões travadas durante o congresso, apresenta um diagnóstico da saúde no Brasil, apontando a degradação do sistema, o reaparecimento de doenças consideradas extintas como o cólera e a dengue, o aumento da violência e a persistência de problemas como a fome e a miséria como parte do perfil da saúde no país.

A falta de recursos para o setor e o sucateamento também são ressaltados. A carta aponta seu alvo:

> Destina-se esta carta, primordialmente, a resgatar a esperança num futuro mais digno e a credibilidade nos serviços públicos de saúde do País (...);

> destina-se a seus organismos representativos – associações da sociedade civil, notadamente Organizações Não Governamentais [*sic*] e movimentos populares; destina-se aos poderes constituídos em todos os níveis e esferas; destina-se enfim aos partidos políticos; e aos candidatos comprometidos com a democracia e a emancipação social do povo brasileiro (...). (Abrasco, 1994a)

A avaliação do IV CBSC é positiva, destacando-se, entre outras questões, a integração de novos atores políticos, a integração academia/serviços e a amplitude do temário discutido, pois o congresso encaminhou proposições que foram desde a manutenção do texto constitucional, no que se refere à seguridade social, até novos modelos de atenção já experimentados com êxito pelo país. A diretoria assinalou:

> saímos do congresso fortalecidos na idéia da necessidade de um trabalho que responda ao conceito de saúde que colocamos na constituição, que rompa com a setorialização das ações, que amplie a democratização do Estado brasileiro, que contribua efetivamente para a melhoria das condições da saúde e de vida de nosso povo. (Abrasco, 1994c:3)

V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva/ V Congresso Paulista de Saúde Pública

Sob a presidência de Rita de Cássia Barradas Barata e em mais uma promoção conjunta com a Associação Paulista de Saúde Pública (APSP), a Abrasco realiza de 25 a 29 de agosto de 1997, em Águas de Lindóia (SP), o V CBSC, com o tema "Saúde, responsabilidade do Estado contemporâneo". O contexto de sua realização é apresentado como um

> momento histórico em que o cenário internacional se apresenta para atingir um modelo de proteção social fundado na solidariedade redistributivista e na consagração de um patamar de acesso a um conjunto de bens identificados com os padrões de cidadania conquistados no mundo desenvolvido. (Abrasco, 1997b)

Em número especial dedicado ao evento, a revista *Tema*, do Projeto Reunião, Análise e Difusão de Informações sobre Saúde (Radis), ressalta que

> não é exagero afirmar que foram poucos os momentos em que a história deste País teve a oportunidade de reunir um número tão expressivo de autoridades, gestores, profissionais, pesquisadores e usuários do sistema de saúde, com o objetivo de propor alternativas para o setor. (Nascimento, 1997:2)

Na apresentação do livro de resumos, os promotores do evento afirmam que

> mais uma vez, pretendemos que os nossos congressos, para além de eventos científicos de exposição e discussão da nossa produção, possam ser o local onde se encontrem os acadêmicos, com suas questões, os profissionais de saúde, com suas problemáticas, e segmentos da população, com suas necessidades. (Abrasco, 1997c)

Mantendo o seu poder de convocação, a associação conta, nesse evento, com cerca de 2.500 participantes e proporciona mais de trinta reuniões, encontros e assembléias. Tendo como fio condutor dos debates a análise da responsabilidade do Estado contemporâneo para com a saúde, o tema central é desdobrado "em suas múltiplas facetas, considerando a participação dos diferentes interesses e subáreas temáticas do campo da Saúde Coletiva" (Abrasco, 1997a).

Em seu discurso de abertura, a presidente da Abrasco justifica o porquê da necessidade e da contemporaneidade do retorno ao tema escolhido para o congresso, destacando entre outras questões que

> a conjuntura internacional dos anos 90 trouxe a vaga neoliberal e a revisão do papel do Estado, apontando os avanços das conquistas sociais como resquícios arcaicos do período das revoluções sociais que haviam marcado a primeira metade deste século. (Barata, 1997)

Ela afirma que, apesar do avanço no sentido da construção de um modelo democrático de atuação, os princípios que estiveram e continuam na base da formulação do direito à saúde, fundamentos do SUS, "estão sendo ameaçados nesse embate entre as condições individualistas e liberais e as concepções coletivas e solidárias" (Barata, 1997). E acrescenta mais um princípio aos anteriormente consagrados: o de compromisso com a qualidade, "nosso maior desafio na direção da construção da cidadania" (Barata, 1997).

VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva

O último 'Abrascão' do século é realizado no ano em que a associação completa vinte anos de fundação. Assim, sob a presidência de Rita Barata, a Abrasco realiza seu VI CBSC no período de 28 de agosto a 1º de setembro de 2000, em Salvador (BA), e traz como tema central de discussão "O sujeito na Saúde Coletiva".

Para os organizadores do evento, a discussão do sujeito é assim apresentada: "queremos discutir o Sujeito em suas múltiplas dimensões,

buscando aprofundar nossa compreensão acerca das relações dialéticas entre o indivíduo e a coletividade" (Abrasco, 2000b).

Ainda para os organizadores,

> este congresso, mais que o fato de congregar os profissionais de saúde, significa uma oportunidade ímpar para uma reflexão ampla e aprofundada sobre as condições e os determinantes da situação de saúde no Brasil, neste limiar de milênio. (Abrasco, 2000c:1)

O tema "O sujeito na Saúde Coletiva" e a utilização de novas regras em sua organização fazem com que esse evento fuja um pouco do formato tradicional dos congressos anteriores, demonstrando uma mudança de perspectiva em relação a ele. Uma mudança advinda, entre outros fatores, da necessidade de a Abrasco refletir, após vinte anos de atividades como associação científica da área, "sobre quem é o sujeito na e da Saúde Coletiva" (Abrasco, 2000b). Para Paim (2000:3),

> Devemos recuperar a idéia de sujeito sem negar a idéia de estrutura, resgatando o papel do sujeito histórico na conservação ou na mudança dessas estruturas. Temos que considerar ainda que esse sujeito da saúde coletiva, capaz de processar tais mudanças, pode ser, além do sujeito individual, uma personalidade, uma liderança. Podemos falar em sujeito social, que pode ser definido como uma entidade, a exemplo da própria ABRASCO, ou de um partido político, um sindicato, uma associação de bairro, etc...

A organização do congresso realiza quatro grandes conferências, que apresentam sujeitos de diferentes formas: o sujeito ético, o histórico, o social e o saudável. Apresenta, também, grandes debates que abordam a transversalidade, a transdisciplinaridade, a transetorialidade, a transformação, a transição e a transculturalidade,

> privilegiando os diferentes deslocamentos a que o Sujeito está submetido, ou produz, no processo de construção de sua vida enquanto ser genérico, permitindo o trânsito para outros campos de conhecimento nos quais a Saúde Coletiva pode e deve buscar elementos para sua própria construção. (Abrasco, 2000b)

São utilizadas novas regras em sua organização – inovações relativas aos critérios de seleção dos trabalhos, à inclusão de pesquisadores em início de carreira, à inclusão de um maior número de conferencistas e palestrantes, à prioridade dada à qualidade, à diversidade e à variedade de conteúdos e à maior participação, na programação, de relatos de experiências de serviços. Sendo assim, "investigações originais, ensaios teórico-conceituais e relatos relevantes sobre a descentralização e reorganização dos serviços públicos de saúde do país" (Abrasco, 2000a:4) constituíram o

perfil dos trabalhos apresentados durante o VI CBSC. A Feira da Saúde, evento inaugurado no III Congresso realizado no Rio Grande do Sul e novamente realizado no IV CBSC, em Olinda (PE), também acontece em Salvador.

O VI Congresso tem uma participação recorde, cerca de cinco mil pessoas. Um crescimento resultante, provavelmente, de três movimentos principais:

> o aumento dos cursos de pós-graduação stricto e lato sensu; a existência de um maior número de profissionais de saúde desejosos de compartilhar suas experiências de trabalho; a consolidação e o prestígio da Abrasco como organização capaz de articular tanto a produção acadêmica quanto o conhecimento que é desenvolvido nos serviços de saúde. (Barata, 2000: 5)

VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva

O primeiro 'Abrascão' do século XXI realiza-se no período de 29 de julho a 2 de agosto de 2003, em Brasília. A discussão acerca da necessidade de se enfrentar a desigualdade existente e persistente no país inspira a escolha do tema central deste VII Congresso, "Saúde, justiça, cidadania", assim justificada:

> A secular desigualdade que caracteriza o Brasil e a determinação social dos processos saúde/doença levou a Abrasco a eleger como tema central de seu congresso "Saúde, justiça, cidadania". No evento será debatida a superação das desigualdades sociais, o acesso e a utilização desigual dos serviços de saúde e a obtenção de atenção integral e resolutiva, parte da agenda de estados democráticos. (Abrasco, 2002b:9)

É um tema que dialoga com diversos campos disciplinares, como o direito, a educação, a comunicação social e as ciências humanas, dentre outros.

Realiza-se o evento em um importante momento da vida nacional, correspondente ao início de novas legislaturas em âmbito federal e estadual, tendo sido avaliado como o congresso da diversidade, da inclusão e da criatividade.

O número recorde de trabalhos, cerca de 6.400, evidencia para a comissão científica "a consolidação do campo da Saúde Coletiva no país e a Abrasco como entidade de grande poder convocatório e associativo" (Abrasco, 2003b:7). Um salto em relação ao congresso anterior, o que mais uma vez reforça não só o poder convocatório da associação como também seu papel como entidade acadêmica e política de referência nacional na área da saúde. Destaque-se também o grande comparecimento

dos profissionais inseridos nos serviços de saúde, os quais contribuíram com grande contingente de trabalhos.

Concomitantemente ao desenvolvimento das atividades do congresso, houve a apresentação de um conjunto de atividades culturais denominado "Cultura é saúde", enfocando o tema saúde. Essas atividades estiveram presentes durante todo o congresso e compreenderam diferentes manifestações que promoveram uma interação entre a arte e a saúde. Também no evento ocorreu a IV Mostra Nacional de Vídeos em Saúde – a IV Vídeo Saúde, organizada pelo Centro de Informação Científica e Tecnológica do Departamento de Comunicação e Saúde da Fundação Oswaldo Cruz.

Para a Abrasco, o

> VII CBSC foi o maior evento da fase preparatória da XII Conferência Nacional de Saúde – Conferência Sérgio Arouca. Por certo, os ecos do nosso congresso estão ressoando na sua etapa de debates municipais e estarão também nas conferências estaduais e nacional, alimentando os debates com a profusão, profundidade e diversidade dos temas abordados nas distintas atividades que ocorreram em Brasília. (Abrasco, 2003a:3)

VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva/ XI Congresso Mundial de Saúde Pública

Realizado no período de 21 a 25 de agosto de 2006, no Rio de Janeiro, o VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e o XI Congresso Mundial de Saúde Pública apresentam como tema central "Saúde Coletiva em um mundo globalizado: rompendo barreiras sociais, econômicas e políticas". Esse evento representa um salto da Abrasco, que se lança numa jornada internacional ao promovê-lo juntamente com a Federação Mundial das Associações de Saúde Pública (World Federation of Public Health Associations-WFPHA). É um salto que, na verdade, já vinha se insinuando e sendo construído há algum tempo e que encontra sua materialização na realização desse congresso.

O ex-presidente da Abrasco José Carvalho de Noronha ilustra bem a entrada da associação no cenário internacional dizendo que ela "nunca esteve fora", uma vez que, ao ser fundada no final dos anos 70, o foi "sob a égide largamente aceita de uma reforma democrática internacional da utopia de um mundo de irmãos", acentuando que "havia uma visão internacionalista". Sendo assim, afirma ainda que, "em relação às políticas de saúde, a ABRASCO já nasce universalista e imbuída da idéia de solidariedade latino-americana" (Noronha, 2005:6).

Essa vocação está presente ao longo da trajetória da entidade, que manteve atuações com parceiros tanto nacionais como internacionais, com destaque para a Associação Latino-Americana e do Caribe de Educação em Saúde Pública (Alaesp), a Associação Latino-Americana de Medicina Social (Alames) e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). O alcance e as dimensões dessa nova empreitada da Abrasco fogem do alcance deste artigo; contudo, não é difícil inferir que a instituição inaugurará uma nova era, impondo uma nova dinâmica ao já consagrado 'Abrascão'.

Os Congressos por Áreas Específicas: a Epidemiologia

I Congresso Brasileiro de Epidemiologia

Primeiro congresso por área específica de conhecimento realizado pela Abrasco, o I Congresso Brasileiro de Epidemiologia acontece em Campinas (SP), no período de 2 a 6 de setembro de 1990, sob a presidência de José da Silva Guedes e contando com Marilisa Berti Barros como presidente do evento. Tendo como tema central "Epidemiologia e desigualdade social: os desafios do final do século" e o objetivo de contribuir para a formação de recursos humanos especializados, esse primeiro congresso surpreende por seu poder convocatório e mobilizador, contando com cerca de 1.500 participantes.

Do total de inscritos, 25 procediam de outros países, 954 vieram da Região Sudeste, 175 da Região Nordeste, 157 da Região Sul, 63 da Região Centro-Oeste e trinta da Região Norte (Abrasco, 1990). No que se refere à procedência institucional dos participantes, 48% eram da universidade, 44% dos serviços de saúde e 8% de instituições de pesquisa não vinculadas às universidades (Abrasco, 1990).

Sua realização representa o resultado do trabalho desenvolvido pela Comissão de Epidemiologia da Abrasco, uma das primeiras a se estruturar dentro da associação, juntamente com docentes do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), e se dá como desdobramento de uma série de iniciativas que incluem seminários, reuniões, cursos e publicações, sistematizadas na elaboração do Plano Diretor para a Epidemiologia no Brasil. Nesse contexto, o congresso figura como uma das propostas para o estímulo à produção de pesquisas e à divulgação de seus resultados.

Em seu discurso na abertura do evento, o presidente da Abrasco avalia suas dimensões, consideradas surpreendentes, mas afirma ser tal fenômeno compreensível, ao rememorar os 11 anos da associação (Guedes, 1990).

II Congresso Brasileiro de Epidemiologia

Seguindo seu percurso e confirmando a periodicidade dos congressos de epidemiologia, realiza-se em Belo Horizonte (MG), de 13 a 17 de julho de 1992, o II Congresso Brasileiro de Epidemiologia, sob a presidência de Arlindo Fábio Gómez de Souza e tendo Maria Fernanda Furtado de Lima e Costa como presidente do evento. O tema “Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia” é escolhido como o norteador das discussões, enfatizando as questões político-sociais que perpassam a área.

Para seus organizadores, o II Congresso consolidou os avanços do primeiro e aperfeiçoou alguns aspectos, no sentido de torná-lo mais produtivo. Na apresentação do livro com o programa e os resumos, afirmam que

> a realização deste evento representa a consolidação da periodicidade dos congressos de epidemiologia e espera-se que o esforço conjunto dos participantes contribua para o desenvolvimento da epidemiologia e reafirme seu compromisso com a qualidade de vida da população brasileira. (Abrasco, 1992d:5)

Contando com a participação de cerca de 1.100 inscritos e uma grande quantidade de trabalhos científicos, confirma e reforça a capacidade de mobilização crescente. A quantidade e a qualidade dos trabalhos apresentados são vistas como uma confirmação da relevância do evento para o crescimento e a consolidação da disciplina no país. A troca de experiências entre profissionais de diversas origens institucionais e com diferentes perfis de formação também contribuiu para essa consolidação.

III Congresso Brasileiro de Epidemiologia (Epid 95)/ II Congresso Ibero-Americano de Epidemiologia/ I Congresso Latino-Americano de Epidemiologia/ I Mostra de Tecnologia em Epidemiologia

Numa demonstração de consolidação e difusão da área, a epidemiologia realiza de 24 a 28 de abril de 1995, em Salvador (BA), um evento de proporções internacionais: o III Congresso Brasileiro de Epidemiologia/II Congresso Ibero-Americano de Epidemiologia/ I Congresso Latino-Americano de Epidemiologia/I Mostra de Tecnologia

em Epidemiologia. É uma promoção conjunta da Sociedade Ibero-Americana de Epidemiologia (Siae) e da Associação Latino-Americana de Medicina Social (Alames) com a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Na época, Maria Cecília de Souza Minayo ocupava a presidência da Abrasco.

Com o tema "A epidemiologia na busca da eqüidade em saúde", esse congresso apresenta um recorde de cerca de 3.500 participantes de 22 países. Os organizadores ressaltam o volume de trabalhos representado pelas

> 1.501 comunicações científicas através de *posters* distribuídos em 24 seções, ou através de 89 comunicações coordenadas representando as tendências mais recentes da nossa produção. (Abrasco, 1995d:1)

Atribui-se tal participação aos avanços registrados pela epidemiologia e ao crescente número de grupos e pesquisadores qualificados e atuantes na área.

À semelhança dos anteriores, o evento se realiza em consonância com as bases e diretrizes definidas no Plano Diretor para o Desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil, do qual a Abrasco apresentou uma versão atualizada, consubstanciada no II Plano 1995-1999.

Em boletim especialmente dirigido ao congresso, a Comissão de Epidemiologia afirma, em editorial:

> a institucionalização desses eventos constitui mais um passo substancial dentro do processo de resgate da epidemiologia, que vem sendo construído pela ABRASCO ao longo dos últimos 12 anos, com vistas à sua legitimação. (Abrasco, 1995a)

A I Mostra de Tecnologia em Epidemiologia (Epitec) é apontada como uma iniciativa pioneira, marco inicial de um novo processo na área de Saúde Coletiva e de demonstração da relevância social de sua produção tecnológica.

São promovidos, por diversos grupos e entidades, vários eventos paralelos, dentre eles o I Congresso Nacional dos Conselhos de Saúde SUS-Brasil, organizado a partir dos conselhos estaduais e municipais de Saúde com o propósito de articular a organização, a atuação e a formação de conselheiros. Sua plenária final aprova um documento em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e contra a revisão constitucional na saúde.

No discurso de abertura, proferido pelo presidente do congresso, Maurício Barreto, são recapituladas a organização do movimento da epidemiologia no Brasil, a criação da Comissão de Epidemiologia da Abrasco, a elaboração do Plano Diretor para o desenvolvimento da área e a realização dos dois congressos. Para Barreto (1995:2-3), a escolha do tema reafirma

> a nossa crença de que, ao produzir conhecimento científico, por mais simples e fundamental que seja, se deve ter o compromisso de modificação da realidade que nos cerca. (...) a epidemio latino-americana nasce da busca militante por mudanças urgentes da realidade e, como tal, procura se definir como uma disciplina científica, com tudo o que isto significa, incluindo o compromisso de fundamentar as transformações que se impõem às nossas sociedades.

A plenária final do congresso aprova a "Carta de Salvador", na qual são apresentadas reflexões sobre o processo de globalização, as conquistas tecnológicas e suas repercussões para a vida e a saúde das pessoas. A carta convoca os participantes do congresso a assumirem

> o compromisso de intensificar o trabalho na busca da equidade, na defesa da vida com dignidade e na consolidação dos avanços já alcançados, além de enfrentar os desafios hoje conhecidos e aqueles surgidos diariamente no esforço por entender e transformar a situação de vida e saúde dos povos dos quais somos e nos sentimos parte. (Abrasco, 1995b:5)

IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia (Epirio-98)

Último congresso específico a se realizar no século XX, o IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia revestiu-se de caráter especial ao apontar as contribuições históricas da epidemiologia para o bem-estar das populações, bem como os desafios ainda existentes e aqueles já delineados no novo século.

Tendo como horizonte esses desafios, é escolhido o tema "Epidemiologia em perspectiva: novos tempos, pessoas e lugares". Classificado por seu presidente, Sérgio Koifman, como um dos principais eventos na área da Saúde Coletiva no Brasil, acontece no período de 1º a 5 de agosto de 1998, no Rio de Janeiro, sob a presidência de Rita de Cássia Barradas Barata. Mais uma vez, um evento dessa natureza apresenta proporções surpreendentes, com cerca de 2.200 participantes e 1.550 trabalhos. No programa é ressaltada a magnitude do evento, composto por 94 sessões de comunicações coordenadas, 57 painéis e cerca de 1.200 pôsteres (Abrasco, 1998b).

Devido a sua importância e magnitude, é objeto de um número especial da revista *Tema* do Projeto Radis, que apresenta um painel sobre os principais temas tratados no congresso.

Em boletim especial para o congresso, o editorial aborda o crescimento e a maturidade da epidemiologia no campo da Saúde Coletiva brasileira e afirma que a escolha do tema pretendeu

sintetizar nosso olhar para o futuro embasado nos acúmulos obtidos no passado e o trabalho do presente. Além da perspectiva histórica, esse lema continha em si a proposta de resgate da Epidemiologia Descritiva como ferramenta de compreensão da realidade (...). (Abrasco, 1998a:1)

Em seu discurso de abertura, Koifman aponta ser esse o momento de

analisarmos criticamente nossas heranças e legado histórico nos campos da Epidemiologia e suas interrelações [*sic*] com a Saúde Pública e a Medicina Social. Trata-se de um momento especial voltado para a avaliação de nossa real compreensão das peculiaridades das condições de saúde de nosso povo, e de nossa capacidade e compromisso em contribuir para sua transformação. (Koifman, 1998:2)

V Congresso Brasileiro de Epidemiologia (Epi-2002)

Tendo como objetivos

instigar a vocação de novos pesquisadores e aglutinar todas as possibilidades e campos de pesquisa da epidemiologia por meio do encontro das novas concepções da Promoção à Saúde que responde a vários problemas, como os desafios trazidos pela persistência das novas velhas doenças, a emergência de novas patologias, os agravamentos dos problemas de saúde decorrentes dos modernos estilos de vida, com a epidemiologia que oferece instrumentos para a compreensão e aprimoramento dos preceitos desta Promoção (Abrasco, 2001),

realiza-se de 23 a 27 de março de 2002, em Curitiba (PR), o V Congresso Brasileiro de Epidemiologia, com Moisés Goldbaum na presidência do evento e José Carvalho de Noronha na presidência da Abrasco.

Sua realização no Paraná partiu de uma demanda da Secretaria de Estado da Saúde e foi incorporada e assumida pelas instituições acadêmicas, o que

re-introduz [*sic*] uma das características da Epidemiologia: a sua incorporação nos serviços de saúde, imprimindo, assim, fortes estímulos para o processo e regionalização e descentralização da pesquisa científica. (Goldbaum, 2001:8)

Com o tema "A epidemiologia na promoção da saúde", esse foi o primeiro congresso do novo século e contou com ampla participação dos pesquisadores e estudiosos da área, expressa no envio de mais de 2.800 resumos, número superior ao dos congressos anteriores. Contou também com convidados internacionais de 11 países.

Para Goldbaum (2001:8), presidente do congresso,

a epidemiologia oferece poderosos instrumentos para a compreensão e aprimoramento dos preceitos da Promoção à Saúde. No encontro destes dois campos, a Comissão Organizadora identificou o tema central deste evento –

A Epidemiologia na Promoção da Saúde – consciente de que este tema aglutinará, como em momentos anteriores, todas as possibilidades e campos de pesquisa da Epidemiologia, bem como instigará as vocações de nossos pesquisadores.

Para a Abrasco, o EPI-2002 foi um evento no qual as grandes questões da epidemiologia contemporânea puderam ser abordadas e aprofundadas, contemplando-se também

> todo o espectro da nosologia moderna, incluindo as doenças infecciosas, em especial a Aids, as doenças crônicas, com destaque, entre outros, para os problemas do envelhecimento. Na perspectiva teórica, foram revistas em profundidade as questões conceituais e abordados os aspectos de modelagem, passando pelas modernas técnicas de tratamento espacial de dados. (Abrasco, 2002a:8)

Temas como saúde ambiental, saúde bucal e violência também encontraram espaço para serem debatidos. Algumas sessões especiais foram realizadas, para se debater a epidemia de dengue e a criação da Agência Federal de Controle de Doenças. Segundo a Abrasco,

> todo o debate gerado durante o Epi2002, enriquecido pela presença de convidados nacionais e internacionais de instituições acadêmicas prestigiadas, e de serviços de saúde, cumpriu dupla missão. Por um lado fortaleceu e deixou evidente a maturidade teórica e metodológica da Epidemiologia brasileira, além de sinalizar caminhos e perspectivas para o seu contínuo progresso e aprimoramento. (Abrasco, 2002a:9)

O EPI-2002 aconteceu no mesmo ano em que a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) completava o seu centenário, o que permitiu a realização de uma sessão comemorativa do evento, ressaltando o trabalho da organização no desenvolvimento da Saúde Pública nas Américas.

VI Congresso Brasileiro de Epidemiologia

"Um olhar sobre a cidade" foi o tema escolhido para o VI Congresso Brasileiro de Epidemiologia, realizado em Recife (PE) de 19 a 23 de junho de 2004, sob a presidência de Moisés Goldbaum. Para a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, a pretensão era "enfocar a cidade na perspectiva epidemiológica, contemplando sua natureza multi e transdisciplinar" (Abrasco, 2004a:6).

Com uma participação ainda mais surpreendente, esse congresso contou com cerca de quatro mil pesquisadores provenientes das instituições acadêmicas e dos serviços de saúde e mais de 3.800 trabalhos inscritos e avaliados. Abrangendo ampla temática, o congresso discutiu

desde o desenvolvimento teórico conceitual e de modelos matemáticos, passando pela análise de questões específicas (com destaque para a violência, envelhecimento e saúde ambiental) ou de questões gerais (como eqüidade), criou uma vez mais a oportunidade para aprimorar o intercâmbio entre os pesquisadores e estimular o aprofundamento das interações entre os setores acadêmicos e de serviços. (Abrasco, 2004b:2)

Dentre suas propostas finais, destaca-se o acordo para o estabelecimento de uma Rede Latino-Americana e do Caribe de Epidemiologia (Epilac), fruto de uma oficina de trabalho que versou sobre o desenvolvimento da epidemiologia na América Latina.

Para a presidente do congresso, Ana Bernarda Ludermir, "os epidemiologistas incidiram seu olhar sobre um cenário singular – a cidade – para perscrutar desigualdades e iniqüidades no processo de adoecimento e morte" (Ludermir, 2004). Em seu entender, "a cidade cartografada assinala o lugar dos incluídos e dos excluídos do desenvolvimento". Ela espera que "esses olhares também deixem marcas como nos eventos anteriores: novas pontes, novas revelações, novas tecnologias" (Ludermir, 2004).

Os Congressos por Áreas Específicas: as ciências sociais

I Encontro Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde

As ciências sociais constituem outra área organizada da Saúde Coletiva que se faz representar em fóruns específicos, numa participação mais orgânica no campo. Essa área, que teve importante participação na constituição do campo da Saúde Coletiva, promove não um congresso, nesse primeiro momento, mas um encontro, como sua primeira reunião mais sistematizada e ampliada de profissionais praticantes e interessados na disciplina ciências sociais em saúde. Trata-se do I Encontro Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde. Assim, com grande expectativa, essa primeira reunião é realizada em Belo Horizonte (MG), de 28 de setembro a 1º de outubro de 1993, contando com a presença de 220 participantes.

A publicação de parte de sua produção científica em forma de anais teve como objetivo "registrar a primeira reunião mais ampliada e sistematizada de profissionais praticantes e interessados nessa disciplina" (Abrasco, 1993).

Em conferência proferida na abertura do evento, o então presidente da Abrasco, Arlindo Fábio Gómez de Souza, expressa a preocupação com o desenvolvimento da área, afirmando:

> do ponto de vista da ABRASCO, temos expectativa da reconstituição de uma comissão permanente de ciências sociais, nos moldes da de epidemiologia, e daquela que pretendemos organizar na área de planejamento. (Souza, 1993:23-24)

O importante papel desempenhado pelos cientistas sociais na área de saúde e na constituição do campo da Saúde Coletiva é ressaltado no programa do encontro.

I Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde

Em continuidade às reflexões iniciadas no I Encontro, realiza-se em Curitiba (PR), de 7 a 10 de novembro de 1995, estando a Abrasco sob a presidência de Maria Cecília de Souza Minayo, o I Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde, com o tema central "Cidade e saúde".

Promover o intercâmbio entre as diferentes instituições e marcar a presença das ciências sociais no campo da saúde, de forma mais amadurecida e com maior identidade própria, na reflexão e na análise dos processos e das várias dimensões implicadas na questão da saúde, apresentam-se como objetivos desse evento.

Para Ana Maria Canesqui, presidente do congresso,

> Cidade e Saúde, tema do congresso, enseja várias reflexões, não só quanto à polifonia do espaço urbano e à concentração da desigualdade social projetada na morbimortalidade, como também [quanto] às possibilidades múltiplas de intervenções intersetoriais e específicas de saúde pelo poder público, reorganizando o espaço urbano e oferecendo melhor qualidade de vida à população. (Canesqui, 1995:2-3)

Numa demonstração de amadurecimento e legitimidade da área, o congresso conta com cerca de quinhentos participantes provenientes tanto de universidades como dos serviços de saúde, secretarias estaduais e municipais de Saúde.

No discurso de abertura do evento, Ana Maria Canesqui reconhece o quanto as ciências sociais têm contribuído tanto no âmbito da Saúde Coletiva, no processo de constituição do campo no Brasil, como no âmbito de outras áreas médicas, adquirindo certo grau de legitimidade no campo da saúde. Ela reforça a necessidade de amadurecimento das bases da profissionalização das ciências sociais no campo da saúde, da consolidação de sua identidade própria, de abertura de espaço para outros papéis e outras questões e da ultrapassagem da produção do saber militante, bem como da criação de novos espaços, no sentido de apoiar a consolidação do SUS.

Na plenária final é aprovada a "Carta de Curitiba", a qual afirma que o tema do congresso "enseja novas reflexões sobre a modernidade e sua possível superação, bem como a necessidade de se garantir qualidade de vida para as populações" (Abrasco, 1995c:1).

Em seu texto, a carta adota a concepção ampliada de saúde definida na VIII Conferência Nacional de Saúde e reconhece, entre outras questões, que as políticas de saúde devem ser formuladas e implementadas de forma integrada a um conjunto de políticas sociais, obedecendo a critérios de qualidade, respeitando a cidadania, o caráter público das ações e serviços de saúde. O documento observa o quanto a perda progressiva do espaço público, que acompanha o atual processo de metropolização, acarreta danos físicos, sociais e morais às populações e ao ambiente (Abrasco, 1995c). Avalia como socialmente importante e teoricamente relevante a integração entre as instituições de ensino e pesquisa, os serviços de saúde e a vida das populações, valorizando os indivíduos, os grupos e as coletividades. Demonstra ainda a profícua interação que pode e deve haver entre cientistas sociais e destes com os profissionais que integram o campo da Saúde Coletiva (Abrasco, 1995c).

II Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde

Como demonstrado, observa-se o crescimento e a legitimação crescentes da área de ciências sociais no interior da associação. À semelhança do ocorrido com os congressos de epidemiologia, esse também se constituiu como um processo decorrente de fóruns e oficinas de trabalho, em um momento de explicitação de uma outra área, a qual também elaborou e reelaborou o seu plano diretor.

Após a realização de seu primeiro congresso, a área promove no período de 7 a 10 de dezembro de 1999, em São Paulo, sob a presidência de Rita Barata na Abrasco e tendo Paulete Goldenberg como presidente do evento, o II Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde, de proporções ainda maiores que o anterior. Com o tema central "Ciências sociais e saúde: objetos, tendências e abordagens", a apresentação do *Livro de Resumos* desse II Congresso ressalta que o evento

> está norteado pela identificação de tendências, objetos e abordagens nesta área de produção científica do campo da Saúde Coletiva, no quadro de significativas mudanças sócio-políticas [*sic*] que atravessam a sociedade brasileira. (Abrasco, 1999)

Afirma ainda que "seu formato procurou contemplar a conexão entre esses dois campos de atividade intelectual, bem como a maior ou menor aproximação com as práticas nele inspiradas" (Abrasco, 1999).

O elevado número de trabalhos inscritos surpreende e o temário é constituído por 24 itens, numa demonstração da variedade e das possibilidades de abordagens e aprofundamentos.

O relatório final do congresso classifica-o, comparativamente aos demais eventos da área de Saúde Coletiva, como um evento de porte médio, devido à presença de 578 congressistas.

No que se refere à procedência dos participantes, o relatório final aponta a presença de congressistas provenientes de todos os estados brasileiros, com uma predominância da Região Sudeste (69,05%), em sua maioria do Estado de São Paulo (Abrasco, 2000e). Essa participação é seguida pela Região Nordeste, com 16,90% dos congressistas; da Região Sul, com 8,45%; da Centro-Oeste, com 4,75%; e, por fim, da Região Norte, com 0,85% dos congressistas (Abrasco, 2000d).

Quanto à procedência institucional, esta se concentrou majoritariamente naqueles participantes provenientes de instituições de ensino e pesquisa públicas, tanto federais quanto estaduais (87,53%). Os serviços de saúde foram representados por um contingente de 8,3% dos congressistas, também em sua maioria provenientes de instituições públicas (73,18%). Não foram identificadas cerca de 4% das instituições de origem (Abrasco, 2000d).

A diversidade e a especificidade de conhecimento também se manifestaram no significativo número de participantes de formação/ocupação na área de ciências biológicas (33,78%) e na área de ciências sociais e humanas (34,06%) (Abrasco, 2000d).

III Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde

O III Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, promovido pela Abrasco, tendo como tema central os "Desafios da fragilidade da vida na sociedade contemporânea", realiza-se no período de 9 a 13 de julho de 2005, em Florianópolis (SC), contando com Paulo Ernani Gadelha Vieira como presidente da associação e Madel Terezinha Luz como a presidente do evento.

Para a entidade, o tema central respondeu "à necessidade de uma reflexão articulada no campo das ciências sociais e humanas (CSH) sobre a saúde e a qualidade de vida das populações" (Abrasco, 2004c:16).

O congresso é destaque no boletim 94 da associação, a qual afirma em seu editorial que a realização do evento "permitirá que de maneira

sólida e consistente avancemos na compreensão da determinação social, econômica e política do processo saúde-doença" (Abrasco, 2005:2).

O congresso ocorre num momento em que a

> dinamização da área de Ciências Sociais e Humanas (CSH) em Saúde, face ao seu crescimento notável, é marcada pelo volume e qualidade de suas pesquisas e publicações envolvendo as questões da Saúde Coletiva. É objetivo deste Congresso a disseminação e reconhecimento da produção das ciências humanas e sociais em saúde no conjunto das regiões do país. (Abrasco, 2004c:17)

O evento demonstra a vitalidade da área dando um salto em relação ao segundo congresso realizado, contando com a participação de cerca de 1.800 pessoas e mais de dois mil trabalhos.

Considerações Finais

Como se viu, a crescente capacidade convocatória e mobilizadora da Abrasco mantém-se ao longo dos 25 anos de atividades da associação, sendo que seus congressos apresentam-se como fóruns de divulgação da produção científica do campo, de difusão de conhecimentos, de troca e de relatos de experiências, de tomadas de posição, de posicionamentos e de proposições políticas. Para Noronha (2003:5), os congressos da Abrasco são "celebrações de conquistas, reencontros, companheirismos, trocas de conhecimentos e experiências, renovação dos compromissos". Os congressos apresentam-se também como palco de demonstração de especificidades, refletindo a diversidade e a pluralidade inerentes ao campo da Saúde Coletiva e, conseqüentemente, à associação.

Desde o primeiro evento realizado, observa-se um crescente *know-how* adquirido pela associação na promoção desses eventos com o estabelecimento de variadas parcerias, ao mesmo tempo que se notam as progressivas complexidade e abrangência do campo, expressas nas mais variadas temáticas.

Assim, verifica-se que os congressos, numa ousadia organizacional e temática, vão progressivamente incluindo novas questões com perspectivas ampliadas de discussão, discussões essas advindas do fato de ser a saúde resultante do estilo de vida – questões afeitas ao ambiente, às situações de fragilização da vida e à incorporação do paradigma da promoção da saúde, dentre outras. No que se refere à organização, identifica-se também a introdução de algumas inovações em eventos mais recentes, ampliando as possibilidades de participação neles.

As dimensões alcançadas nos últimos congressos, com o número crescente de trabalhos e profissionais inscritos, têm levado a Abrasco a repensar constantemente os aspectos organizacionais e representativos do 'Abrascão'. Entre outras propostas, considera-se necessária a realização de eventos de caráter regionalizado no sentido de propiciar maior participação de profissionais e instituições dos diversos estados e regiões do país, assim como de profissionais inseridos nos serviços de saúde.

Outro desafio refere-se à inserção internacional da associação, processo em curso e que pode ser visto como um vôo que certamente alcançará altitudes mais elevadas.

Repensar essas e outras questões se apresenta como mais um desafio a ser enfrentado não só pelas diretorias da Abrasco, mas também por todo o conjunto de seus associados.

Referências Bibliográficas

ABRASCO. CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, I, 1986, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: Abrasco, 1986a.

ABRASCO. Declaração Final do I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. *Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva*, 19, ano V, jul.-set.1986b.

ABRASCO. Carta de São Paulo. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, II; CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, III, 1989, São Paulo. São Paulo: Abrasco, 1989a. (Mimeo.)

ABRASCO. CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, II; CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, III, 1989, São Paulo. *Programa*. São Paulo: Abrasco, 1989b.

ABRASCO. CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, I, 1990, Campinas. *Anais...* Campinas, São Paulo: Abrasco, 1990.

ABRASCO. *Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva*, 47, ano X, jul.-set.1992a.

ABRASCO. Carta de Porto Alegre. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, III; ENCONTRO DE SAÚDE COLETIVA DO CONE SUL, I, 1992, Porto Alegre. Fôlder. Porto Alegre: Abrasco, 1992b.

ABRASCO. CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, III; ENCONTRO DE SAÚDE COLETIVA DO CONE SUL, I, 1992, Porto Alegre. *Programa*. Porto Alegre: Abrasco, 1992c.

ABRASCO. CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, II, 1992, Belo Horizonte. *Programa e Resumos*. Belo Horizonte: Coopmed, 1992d.

ABRASCO. ENCONTRO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE, I, 1993, Belo Horizonte. *Anais...* Belo Horizonte: Abrasco, 1993.

ABRASCO. Carta de Pernambuco. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, IV, 1994, Olinda. Olinda, Pernambuco: Abrasco, 1994a.

ABRASCO. CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, IV, 1994, Olinda. *Programa*. Olinda, Pernambuco: Abrasco, 1994b.

ABRASCO. *Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Especial*, 54, ano XII, ago.-set.1994c.

ABRASCO. *Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Especial*, 57, ano XIII, jul.1995a.

ABRASCO. Carta de Salvador. *Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Especial*, 57, ano XIII, jul.1995b.

ABRASCO. Carta de Curitiba. *Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva*, 59, ano XIII, nov.-dez.1995c.

ABRASCO. CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, III; CONGRESSO IBERO-AMERICANO, II; CONGRESSO LATINO-AMERICANO, I; MOSTRA DE TECNOLOGIA EM EPIDEMIOLOGIA-EPITEC, I, 1995, Salvador. *Programa Final*. Salvador: Abrasco, 1995d.

ABRASCO. CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, V; CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, V, 1997, Águas de Lindóia. *Anais*... Águas de Lindóia, São Paulo: Abrasco, 1997a.

ABRASCO. CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, V; CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, V, 1997, Águas de Lindóia. *Programa*. Águas de Lindóia, São Paulo: Abrasco, 1997b.

ABRASCO. CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, V; CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, V, 1997, Águas de Lindóia. *Resumos*. Águas de Lindóia, São Paulo: Abrasco, 1997c.

ABRASCO. *Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Especial*, 70, ano XVI, jul.-set.1998a.

ABRASCO. CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, IV, 1998, Rio de Janeiro. *Programa*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1998b.

ABRASCO. CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE, II, 1999, São Paulo. *Livro de Resumos*. São Paulo: Abrasco, 1999.

ABRASCO. CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, VI, 2000, Salvador. *Boletim 1*. Salvador: Abrasco, 2000a.

ABRASCO. CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, VI, 2000, Salvador. Fôlder. Salvador: Abrasco, 2000b.

ABRASCO. CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, VI, 2000, Salvador. *Programa*. Salvador: Abrasco, 2000c.

ABRASCO. CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE, II, 1999, São Paulo. *Relatório Final*. São Paulo: Abrasco, 2000d.

ABRASCO. *Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva*, 81, ano XVIII, abr.-jun.2001.

ABRASCO. *Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva*, 84, ano XIX, jan.-abr.2002a.

ABRASCO. Saúde, justiça, cidadania: todos ao VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. *Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva*, 85, ano XIX, maio-ago.2002b.

ABRASCO. *Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Especial do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*, 88, ano XX, maio-set.2003a.

ABRASCO. CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, VII, 2003, Rio de Janeiro. *Livro de Resumos*, 1(8), suplemento 1. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003b.

ABRASCO. Editorial. *Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva*, 90, ano XXI, mai.2004a.

ABRASCO. *Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva*, 91, ano XXI, ago.2004b.

ABRASCO. *Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva*, 92, ano XXI, nov.2004c.

ABRASCO. *Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva*, 94, ano XXI, jun.2005a.

ABRASCO. *Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva*, 95, ano XXI, dez.2005b.

BARATA, R. de C. B. Discurso de abertura. In: ABRASCO. CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, V; CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, V, 1997, Águas de Lindóia. *Anais*... Águas de Lindóia, São Paulo: Abrasco, 1997.

BARATA, R. de C. B. In: *Boletim do VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*, 1. Salvador: Abrasco, maio.2000.

BARRETO, M. Discurso de abertura dos Congressos de Epidemiologia. *Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Especial*, 57, ano XIII, jul.1995.

BELISÁRIO, S. A. *Associativismo em Saúde Coletiva: um estudo da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Abrasco*, 2002. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas/Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). (Mimeo.)

CANESQUI, A. M. Discurso de abertura do I Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde. *Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva*, 59, ano XIII, nov.-dez.1995.

FERREIRA, A. B. de H. *Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

GOLDBAUM, M. In: *Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva*, 80, ano XVIII, jan.-mar.2001.

GUEDES, J. da S. Discurso de abertura. *Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Especial*, 40, ano IX, set.1990.

KOIFMAN, S. Discurso de abertura do EPIRIO-98. *Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Especial*, 70, ano XVI, jul.-set.1998.

LOUREIRO, S. Discurso de Sebastião Loureiro no I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. *Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva*, 19, ano V, jul.-set.1986.

LUDERMIR, A. B. Discurso de abertura. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, VI, 2004, Recife. Recife: Abrasco, 2004. 1 CD-ROM.

NASCIMENTO, A. Saúde é responsabilidade do Estado contemporâneo. Revista *Tema*, 15:2, Programa Radis, out.1997.

NORONHA, J. C. de. In: ABRASCO. CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, VII, 2003, Rio de Janeiro. *Livro de Resumos*, 1(8), suplemento 1. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003.

NORONHA, J. C. de. O Congresso Mundial de Saúde Pública e a atuação internacional da Abrasco. *Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva*, 93, ano XXI, abr.2005.

PAIM, J. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, VI, 2000, Salvador. *Boletim* 1. Salvador: Abrasco, maio.2000.

SIQUEIRA, B. P. de. In: *Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva*, 7, ano II, maio-jul.1983.

SOUZA, A. F. G. de. Conferência de abertura: "Desafios às ciências sociais na área da saúde". In: ENCONTRO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE, I, 1993, Belo Horizonte. *Anais...* Belo Horizonte: Abrasco, 1993.

TEMA. Saúde é responsabilidade do Estado contemporâneo. Rio de Janeiro: Programa Radis, 15, out.1997 (número especial da revista dedicado ao V CBSC, realizado em 1997).

TEMA. Epidemiologia da esperança. Rio de Janeiro: Programa Radis, 16, out.1998 (número especial da revista dedicado ao IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia).

Demais Fontes Consultadas

ABRASCO. *Boletim* 1, ano I, jan.-mar.1982, a *Boletim* 95, ano XXI, dez.2005.

Quadro-Resumo dos Congressos

Evento	Período	Local	Número de participantes	Tema	Presidente da Abrasco	Estrutura do evento
I Congresso Nacional da Abrasco/ II Congresso Paulista de Saúde Pública	17 a 21/4/1983	São Paulo (SP)	2.000	"A política nacional de saúde"	Benedictus Philadelpho de Siqueira	26 temas específicos
I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva	22 a 26/9/1986	Rio de Janeiro (RJ)	2.000	"Reforma Sanitária: garantia do direito universal à saúde"	Sebastião Loureiro	15 comunicações coordenadas 9 mesas-redondas 2 conferências 20 cursos 15 sessões temas livres
II Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva/ III Congresso Paulista de Saúde Pública	3 a 7/7/1989	São Paulo (SP)	2.500	"Sistema Único de Saúde: uma conquista da sociedade"	Guilherme Rodrigues da Silva	4 mesas-redondas 16 cursos 20 comunicações coordenadas 15 temas livres
III Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva/ I Encontro de Saúde Coletiva do Cone Sul	16 a 20/5/1992	Porto Alegre (RS)	(dados não encontrados)	"Saúde como direito à vida"	Arlindo Fábio Gómez de Sousa	2 conferências 6 mesas-redondas 20 palestras 5 comunicações coordenadas 16 cursos 5 oficinas
IV Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva	19 a 23/6/1994	Olinda (PE)	3.800	"Saúde: o feito por fazer"	Arlindo Fábio Gómez de Sousa	14 oficinas 15 cursos 3 conferências magnas 28 palestras 6 mesas-redondas 36 painéis 76 comunicações coordenadas

Evento	Período	Local	Número de participantes	Tema	Presidente da Abrasco	Estrutura do evento
V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva/ V Congresso Paulista de Saúde Pública	25 a 29/8/1997	Águas de Lindóia (SP)	2.500	"Saúde: responsabilidade do Estado contemporâneo"	Rita de Cássia Barradas Barata	17 cursos 15 oficinas 3 conferências 6 mesas-redondas 34 palestras e debates 41 painéis 120 comunicações coordenadas
VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva	28/8 a 1º/9/2000	Salvador (BA)	5.000	"O sujeito na Saúde Coletiva"	Rita de Cássia Barradas Barata	19 cursos 16 oficinas 46 mesas-redondas 9 grandes debates
VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva	29/7 a 2/8/2003	Brasília (DF)	8.000	"Saúde, justiça, cidadania"	José Carvalho de Noronha	159 comunicações coordenadas 127 painéis 26 oficinas 29 palestras 13 colóquios 9 grandes debates 3 conferências magnas
VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva/ XI Congresso Mundial de Saúde Pública	21 a 25/8/2006	Rio de Janeiro	(dados em sistematização)	"Saúde Coletiva em um mundo globalizado: rompendo barreiras sociais, econômicas e políticas"	Paulo Ernani Gadelha Vieira	(dados em sistematização)
I Congresso Brasileiro de Epidemiologia	2 a 6/9/1990	Campinas (SP)	1.500	"Epidemiologia e desigualdade social: os desafios do final do século"	José da Silva Guedes	15 cursos 5 oficinas 5 conferências 6 mesas-redondas 45 comunicações coordenadas 233 pôsteres
II Congresso Brasileiro de Epidemiologia	13 a 17/7/1992	Belo Horizonte (MG)	2.000	"Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia"	Arlindo Fábio Gómez de Sousa	5 oficinas 22 cursos 6 mesas-redondas 17 palestras 3 conferências
III Congresso Brasileiro de Epidemiologia/ II Congresso Ibero-Americano de Epidemiologia/ I Congresso Latino-Americano de Epidemiologia/ I Mostra de Tecnologia em Epidemiologia	24 a 28/4/1995	Salvador (BA)	3.500	"A epidemiologia na busca da equidade em saúde"	Maria Cecília de Souza Minayo	22 cursos 6 oficinas 1.145 pôsteres 89 comunicações coordenadas 4 conferências 6 mesas-redondas 32 painéis 48 palestras

Evento	Período	Local	Número de participantes	Tema	Presidente da Abrasco	Estrutura do evento
IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia/ EPIRIO-98	28/9 a 1º/10/1998	Rio de Janeiro (RJ)	2.000	"Epidemiologia em perspectiva: novos tempos, pessoas e lugares"	Rita de Cássia Barradas Barata	57 painéis 15 palestras 6 mesas-redondas 6 conferências 7 oficinas 14 cursos
V Congresso Brasileiro de Epidemiologia	23 a 27/3/2002	Curitiba (PR)	(dados não encontrados)	"A epidemiologia na promoção da saúde"	José Carvalho de Noronha	10 oficinas 26 cursos 4 conferências 6 mesas-redondas 46 palestras 44 painéis 7 colóquios 1.693 pôsteres
VI Congresso Brasileiro de Epidemiologia	19 a 23/6/2004	Recife (PE)	4.000	"Um olhar sobre a cidade"	Moisés Goldbaum	446 comunicações coordenadas 97 painéis 43 palestras 2.936 pôsteres
I Encontro Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde	28/9 a 1º/10/1993	Belo Horizon-te (MG)	220	(sem tema definido)	Arlindo Fábio Gómez de Sousa	4 cursos 5 oficinas 3 painéis 2 mesas-redondas
I Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde	7 a 10/11/1995	Curitiba (PR)	500	"Cidade e saúde"	Maria Cecília de Souza Minayo	3 conferências 6 palestras 6 mesas-redondas 11 cursos 43 comunicações coordenadas 231 pôsteres
II Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde	7 a 10/12/1999	São Paulo (SP)	578	"Ciências Sociais e saúde: tendências, objetos, abordagens"	Rita de Cássia Barradas Barata	54 comunicações coordenadas com 256 trabalhos 7 cursos 9 mesas-redondas 3 conferências 181 pôsteres
III Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde	9 a 13/7/2005	Florianó-polis (SC)	1.800	"Desafios da fragilidade da vida na sociedade contemporânea"	Paulo Ernani Gadelha Vieira	3 conferências magnas 9 mesas- redondas 2.032 trabalhos aprovados – 443 para apresentação oral 1.589 pôsteres 10 oficinas temáticas

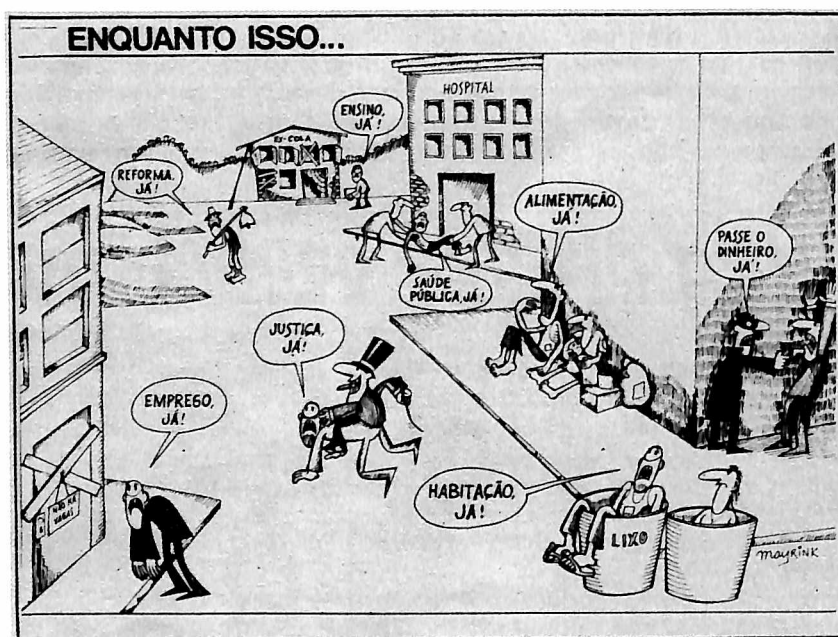



Imagem 7 – Charge de Mayrink. *Quebra-nós*. Brasília: A. Quice, 1984. Charge publicada no *Boletim Abrasco*, 13, nov.-dez.1984. p.1.

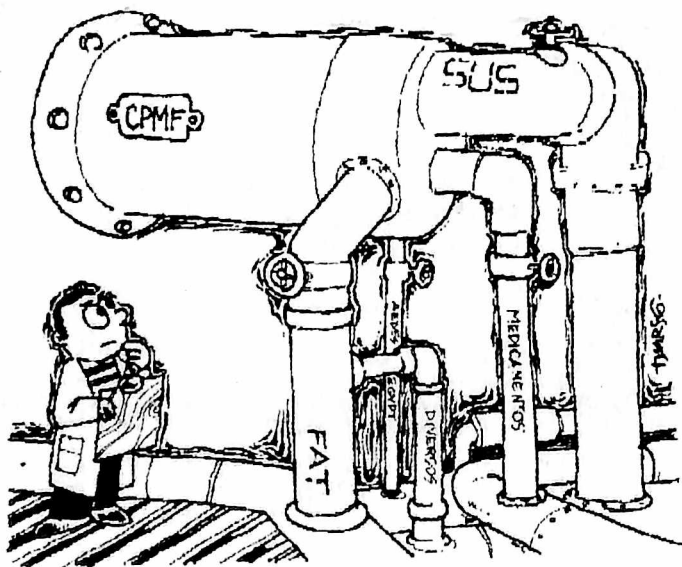



Imagem 8 – Charge de Tibúrcio. Referente ao artigo "Financiamento do setor de saúde na execução". Publicada no *Boletim Abrasco*, 65, abr.-jun.1997.

3. O Feito por Fazer

Moisés Goldbaum
Rita Barradas Barata

O Feito

A forte tradição presidencialista da política brasileira repercute na maioria das nossas instituições, e as sociedades científicas dificilmente conseguiriam fugir a essa regra. A Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) também teve em seus presidentes figuras emblemáticas que, juntamente com os demais membros de suas respectivas diretorias, desempenharam papéis de formulação, articulação e condução do movimento em seus três eixos principais: formação de recursos humanos em Saúde Coletiva, produção de conhecimentos técnico-científicos e Política Nacional de Saúde. Neste capítulo, procuraremos articular as características de cada diretoria, representadas na figura do presidente, com a problemática específica de cada período e os desafios enfrentados, destacando suas realizações no âmbito daqueles três eixos.

A primeira diretoria encarregada de organizar os estatutos da associação, bem como obter seu registro, foi composta pelos professores Ernani Braga, Guilherme Rodrigues da Silva, José da Silva Guedes e Frederico Simões Barbosa, ficando este último com a presidência. Essa etapa de criação da Abrasco, de 1979 a 1981, foi dedicada praticamente à resolução dos problemas operacionais da nova entidade: local de instalação de uma secretaria geral, obtenção de fundos para iniciar os trabalhos e preparação da primeira eleição, uma vez que os membros dessa primeira diretoria haviam sido eleitos por aclamação entre os '19 fundadores', segundo Benedictus Philadelpho.

Embora o tripé pesquisa, ensino e serviços de saúde já estivesse presente no ideário da associação, os objetivos apresentados em seu documento preliminar dão ênfase principalmente às atividades de ensino e pesquisa. Não poderia ser diferente, pois o grupo fundador era composto por docentes dos departamentos de medicina preventiva e/ou social das escolas médicas brasileiras, além de docentes da Escola Nacional de Saúde Pública, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) e do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj).

Frederico Simões Barbosa foi um conceituado e respeitado parasitologista com experiência em estudos populacionais de campo, representante de toda uma tradição da parasitologia brasileira de trabalhos em Saúde Pública. Associava a militância política pela saúde da população e pela renovação do ensino médico no país a uma atuação sólida e marcante como docente e pesquisador. Ninguém melhor para representar os anseios da nova associação. Após estágio de especialização, realizado no grupo de Samuel Pessoa, com uma bolsa concedida por Assis Chateaubriand, dos *Diários Associados*, fez mestrado em Saúde Pública na Universidade Johns Hopkins, estabelecendo vínculos de pesquisa com os National Institutes of Health que lhe valeram diversos financiamentos para seus trabalhos de campo, principalmente no tema da esquistossomose. Dirigiu o programa de esquistossomose da Organização Mundial da Saúde (OMS) e ocupou diversos cargos docentes na Universidade de Brasília (UnB) e na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Após exercer a presidência da Abrasco, assumiu a direção da Escola Nacional de Saúde Pública (1983-1985) e seguiu trabalhando como pesquisador do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), até a sua morte.

No momento de criação da Abrasco, o desenvolvimento da pós-graduação no país ainda era relativamente incipiente. Os cursos de mestrado e doutorado estavam concentrados em apenas três estados e quatro instituições: São Paulo (USP, *campi* de São Paulo e de Ribeirão Preto), Rio de Janeiro (Uerj e Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP) e Bahia (Universidade Federal da Bahia – UFBA). A pesquisa científica no campo também era incipiente e subfinanciada.

No âmbito da formação profissional, destacavam-se os cursos de especialização em Saúde Pública oferecidos pela Faculdade de Saúde Pública da USP e pela Escola Nacional de Saúde Pública e as residências médicas em medicina preventiva e medicina social, oferecidas por alguns departamentos de escolas médicas (13 programas no final da década de 70) também geograficamente concentrados na Região Sudeste.

Durante toda a década de 70, foram gestados, nesses espaços acadêmicos, tanto o desenvolvimento teórico e conceitual que permitiu a construção do campo da Saúde Coletiva quanto as propostas de organização do Sistema Nacional de Saúde que dariam conteúdo ao movimento da Reforma Sanitária brasileira. As idéias de integração das ações de Saúde Pública com as ações assistenciais em um único sistema, sob o comando do Ministério da Saúde, de regionalização e de hierarquização das redes de serviço e de universalização do acesso, entre outras, são produzidas, debatidas e divulgadas nos encontros de docentes de medicina preventiva e social e em seminários e reuniões dos programas de residência médica.

Assim, a Abrasco surge como associação principalmente de docentes dos departamentos de medicina preventiva, medicina social e escolas de Saúde Pública, com predomínio inicial do componente médico sanitário. Os problemas que mobilizam esses atores são o ensino e a formação de profissionais e pesquisadores em Saúde Coletiva, além das questões relativas à organização do Sistema Nacional de Saúde.

Seu primeiro presidente e os demais membros dessa diretoria representam, por suas trajetórias profissionais, exatamente essas três dimensões: a docência, a pesquisa e a prática em Saúde Pública. Findo o primeiro triênio da história da Abrasco, ela contava com uma sede na Escola Nacional de Saúde Pública, com recursos financeiros da Fundação Kellog para apoiar as atividades nos primeiros três anos, um secretário executivo dinâmico e dedicado, Paulo Buss, e um conjunto inicial de sócios institucionais e individuais que compartilhavam das preocupações acerca das prioridades para o ensino, a pesquisa e a política de saúde, vendo no movimento associativo uma saída para buscar conjuntamente a superação de vários problemas.

A segunda diretoria, eleita para o triênio 1981-1983, foi composta por Benedictus Philadelpho de Siqueira, na presidência, José da Silva Guedes, Jairnilson Paim e Ernani Braga nos demais cargos. A secretaria executiva continuava a cargo de Paulo Buss.

Benedictus Philadelpho, o Phila, era professor do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e militante da Associação Brasileira de Ensino Médico (Abem), buscando sempre o aprimoramento da formação profissional e a modernização do ensino. Em sua gestão, a formação de recursos humanos e o mercado de trabalho para os profissionais da Saúde Coletiva ocuparam lugar central.

O maior desafio da gestão foi manter as residências de medicina preventiva e social com suas características de formação de sanitaristas. A partir de 1979, com a entrada do Ministério da Previdência Social no

financiamento das bolsas de residência médica nessa área, houve considerável expansão dos programas e vários deles foram constituídos em moldes multiprofissionais, mais adequados às características e exigências do campo da Saúde Coletiva. Em 1981, com a regulamentação da residência médica e a constituição da Comissão Nacional de Residência Médica, houve a tentativa de extinção dos programas de medicina preventiva e social e a substituição por programas de medicina geral e comunitária, com nítido esvaziamento do componente de Saúde Coletiva e a concentração de atividades de atenção primária. A manobra visava, principalmente, impedir a politização da questão da saúde, presente na formação dos profissionais sanitaristas.

O crescimento dos programas de residência foi acompanhado também pelo crescimento da oferta de cursos regionalizados de especialização em Saúde Pública coordenados pela ENSP em colaboração com escolas de Saúde Pública ligadas às secretarias de Saúde dos estados. Os programas de pós-graduação estrito senso permaneceram ainda restritos nesse período, assim como a produção científica da área. Por outro lado, a constituição efetiva da associação demandava da diretoria iniciativas de articulação dos docentes e a elaboração de um ideário compartilhado relativo ao campo em si e à Política Nacional de Saúde.

O primeiro desafio foi vencido com a articulação dos coordenadores dos programas de residência e a elaboração e aprovação da Resolução 16/1981, que mantinha as características de formação em Saúde Coletiva para os residentes de medicina preventiva e social e a diferenciava claramente da formação em medicina geral comunitária, regida por outra resolução.

O segundo desafio foi enfrentado por meio de duas iniciativas: a realização de reuniões nacionais de ensino e pesquisa em epidemiologia, ciências sociais em saúde e planejamento e administração em saúde congregando os docentes por vertentes disciplinares constitutivas do campo da Saúde Coletiva; e a realização de seminários nacionais por modalidades de ensino, ou seja, residência médica, cursos regionalizados de Saúde Pública e programas de mestrado e doutorado, cobrindo assim toda a gama de oferta de formação acadêmica e profissional no campo.

Para fortalecer essas iniciativas de articulação docente, a Abrasco começou a concretizar seu projeto editorial, editando o boletim que permanece ativo em meio eletrônico e na forma impressa e a série *Estudos de Saúde Coletiva*, publicação na qual são divulgados os documentos preliminares, bem como os relatórios de reuniões e seminários nacionais, fornecendo assim um instrumento muito útil para o compartilhamento de

idéias no interior do campo, para além dos momentos de reunião dos seus docentes.

Mais uma vez, o perfil profissional do presidente se mostrava o mais adequado para o enfrentamento dos problemas dessa conjuntura, na qual as questões de ensino e formação profissional ocupavam o centro das preocupações. Evidência desse acerto são as realizações do período, mas também as funções de direção exercidas por Philadelpho na Abem e na própria UFMG, após deixar a presidência da Abrasco. Evidentemente, essa formação não poderia se dar no vazio, sendo imprescindível o diálogo permanente com a esfera da política de saúde e as propostas de reforma do setor que começaram a ganhar fôlego, na esteira dos movimentos políticos e sociais que marcaram esse período de transição entre a ditadura e a redemocratização do país.

Em 1983, realizou-se o primeiro congresso nacional da Abrasco em conjunto com a Associação Paulista de Saúde Pública (APSP). Neste evento, a participação da associação foi pontual. O tema central era a Política Nacional de Saúde desdobrado em Política de Assistência Médica, Política de Saneamento, Política de Recursos Humanos e Participação Popular em Saúde. A Abrasco se encarregou de organizar a mesa-redonda sobre a Política de Recursos Humanos e dois painéis sobre ensino de Saúde Coletiva.

No congresso foi eleita a nova diretoria, encarregada de conduzir a associação durante o triênio 1983-1985, composta por Hésio Albuquerque Cordeiro, José da Rocha Carvalheiro, Francisco Eduardo Campos, Tânia Celeste Matos Nunes e Paulo Buss. Hésio Cordeiro era, nessa época, professor adjunto do Instituto de Medicina Social da Uerj, onde desenvolvia atividades de ensino de graduação e pós-graduação e investigações científicas no campo da Saúde Pública, privilegiando, em sua produção intelectual, as questões referentes à organização dos serviços de saúde e as questões de ensino. Após o final do mandato na presidência da Abrasco, assumiu a presidência do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social durante a 'Nova República', implementando a estratégia do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), preparando assim as condições para a fusão entre Ministério da Saúde e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) que ocorreu com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Na década de 90, desempenhou papel destacado no Conselho Nacional de Educação.

A trajetória do presidente Hésio Cordeiro mais uma vez corporifica as linhas de atuação da associação, apresentando desdobramentos nos três eixos de atuação: ensino, pesquisa e política de saúde. Sua participação como presidente do Inamps permitiu a concretização de muitas das

aspirações do movimento sanitário brasileiro, possibilitando a passagem da 'teoria' para a 'prática', fundamental para o fortalecimento político do movimento organizado em torno da Abrasco e de entidades congêneres ou próximas como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), ainda que nem sempre houvesse coincidência de propósitos ou estratégias de ação.

Essa diretoria continuou o trabalho de organização desenvolvido pelo grupo que a precedeu, dando prosseguimento à realização de seminários e reuniões nacionais e criando as comissões encarregadas especificamente do fortalecimento da epidemiologia, das ciências sociais em saúde e do planejamento e administração em saúde.

Continuando seu trabalho de melhoria dos padrões de ensino e formação profissional, a Abrasco dedicou maior atenção à preparação de docentes e introduziu em sua agenda a questão do ensino da Saúde Coletiva nos cursos de graduação. No âmbito da residência médica, a questão candente passou a ser a regulamentação da residência multiprofissional, o que, a despeito dos esforços dessa época, só ocorreria em 2005.

Ao lado das atividades voltadas preferencialmente para o ensino e a formação de recursos humanos que até então haviam estado no centro da atuação da Abrasco, a terceira diretoria desenvolveu uma série de articulações com as agências de fomento visando incluir a Saúde Coletiva entre as áreas de desenvolvimento científico e tecnológico no país. Esse esforço estava associado ao estímulo à introdução de novos conteúdos e metodologias na pesquisa objetivando a construção de um campo efetivamente interdisciplinar.

O país estava vivendo seu processo de redemocratização política mostrando ao movimento sanitário a necessidade de engajamento nas reivindicações pela 'Anistia ampla, geral e irrestrita' e pelas eleições diretas para os cargos executivos de prefeitos, governadores e presidente, aspiração do movimento pelas 'Diretas Já'. Assim, a Abrasco apresenta-se na arena política ao lado de outros movimentos sociais civis organizados. Apesar da pouca idade, a associação encerra aqui sua fase de constituição fortemente marcada pelo interesse na formação de profissionais de saúde e inicia uma etapa de grande participação nas definições dos rumos da política de saúde.

A quarta diretoria, gestão 1985-1987, foi presidida por Sebastião Antônio Loureiro de Souza e Silva e composta por Sônia Fleury Teixeira, Moisés Goldbaum, Eduardo Freese de Carvalho e Paulo Buss. Sebastião Loureiro, professor adjunto do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal da Bahia, exercia atividades docentes na graduação e na pós-graduação e realizava pesquisas no campo da Saúde Coletiva

com ênfase no estudo da epidemiologia de doenças transmissíveis e de suas relações com as condições de vida da população.

O que caracterizou essa gestão foi a definição da Abrasco como um dos atores políticos relevantes na formulação e implementação da política de saúde no contexto político de redemocratização do país. A criação da Comissão de Política de Saúde, encarregada de elaborar o documento básico que orientaria a atuação da Abrasco nas etapas preparatórias e durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, "permitiu a ampliação da participação de outros companheiros na luta pelo direito à saúde", segundo Sebastião Loureiro.

O documento "Pelo Direito Universal à Saúde", elaborado pela Comissão de Política de Saúde e aprovado pelos membros de todas as comissões e pela diretoria, com tiragem de cerca de 17 mil exemplares, transformou-se, praticamente, no documento básico debatido em toda a fase preparatória e também durante a conferência nacional. Em linhas gerais, o documento apresentava quatro aspectos que acabaram por balizar as discussões: o direito à saúde como direito universal e inalienável de todos os homens; o dever do Estado de prover as condições para efetivação desse direito; o conceito ampliado de saúde explicitando o caráter necessariamente intersetorial que as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde devem ter; e a importância de construir um sistema de saúde pautado pelos princípios da universalidade, integralidade e eqüidade com organização descentralizada, regionalizada, hierarquizada e submetida ao controle pela sociedade civil.

Assim, apesar de a Abrasco ter tido apenas oito delegados representando-a formalmente na conferência, certamente sua influência nos resultados ultrapassou em muito essa participação. Muitos dos palestrantes convidados, coordenadores e relatores dos grupos temáticos, bem como o presidente Sérgio Arouca, o coordenador da plenária final, Arlindo Fábio Gómez de Sousa, e o relator-geral, Guilherme Rodrigues da Silva, eram parte da comunidade da associação.

A VIII Conferência Nacional de Saúde ocupa papel relevante na Reforma Sanitária brasileira por ter sido a primeira a contar com a participação organizada dos movimentos sociais. Até a quarta conferência, o fórum de debates era constituído exclusivamente pelos técnicos do setor. A partir da quinta, começam a ser incorporados docentes, pesquisadores, parlamentares e outros segmentos de representação, sem, entretanto, abrir para a participação de movimentos sociais. É em 1986, durante o primeiro governo civil, eleito ainda de maneira indireta pelo Congresso Nacional, após 22 anos de ditadura militar, que a oitava conferência é organizada.

Esse é também o momento emblemático da apresentação da Abrasco como ator político cuja legitimidade é dada pela produção de conhecimentos originada em sua atuação acadêmica e pela capacidade de articulação de seus interesses aos dos demais movimentos sociais.

A atuação da Abrasco na formulação da política de saúde prossegue com a criação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária e com o trabalho desenvolvido durante a Assembléia Nacional Constituinte para a elaboração do capítulo sobre a saúde.

Ainda em 1986, após a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, a diretoria realizou o I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, no Rio de Janeiro, contando com cerca de dois mil participantes. Além das atividades acadêmicas e científicas, o congresso discutiu a Política Nacional de Saúde e em sua plenária final foi aprovado o texto elaborado por Eleutério Rodriguez Neto com base nas conclusões da conferência. Este texto balizou a atuação da Abrasco com relação à elaboração da nova Constituição do país. O texto aprovado contém seis artigos nos quais estão definidos: o direito à saúde, o dever do Estado, as ações intersetoriais, o caráter público das ações de saúde, a criação do Sistema Nacional de Saúde, o financiamento para o setor e a formulação de um plano nacional de saúde plurianual.

A Comissão Nacional da Reforma Sanitária tomou como base para seu trabalho esse texto aprovado pelo Congresso de Saúde Coletiva. Com a criação da Plenária Nacional de Entidades de Saúde, na qual a Abrasco mantém participação importante, a proposta passou a receber uma série de modificações e aprimoramentos.

Paralelamente ao trabalho no campo político, a Abrasco continuou desenvolvendo atividades de fortalecimento do campo acadêmico. No período entre sua criação, em dezembro de 1979, e o momento da Assembléia Nacional Constituinte foram criados vinte novos programas de residência em medicina preventiva e social no país, e os cursos de mestrado e doutorado também começaram a ser oferecidos fora do eixo Rio-São Paulo.

Nessa conjuntura há uma articulação quase perfeita entre a práxis política, a prática na direção de instituições de saúde, a produção acadêmica e a formação de quadros. Além do ex-presidente Hésio Cordeiro, naquele momento na presidência do Inamps, vários associados da Abrasco assumiram postos em secretarias estaduais e municipais de Saúde, alimentando com suas experiências concretas de gestão a reflexão teórica, técnica e política no interior da associação.

Assim, com o passar dos anos, a Abrasco vai concretizando os objetivos explicitados em sua criação: no campo acadêmico, a construção

teórica do próprio campo e o fortalecimento da produção científica; no campo profissional, a formação e capacitação dos profissionais e a gestão de organizações de saúde; no campo político, a constituição de um movimento social legitimado por outros parceiros da sociedade civil e a intervenção qualificada na formulação da Política Nacional de Saúde.

Ainda que nessa etapa o primeiro objetivo não estivesse tão desenvolvido quanto os demais, a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) passou a reconhecer a Abrasco como uma das entidades científicas que compõem o seu conselho e também a solicitar a participação dela na organização de suas reuniões anuais.

Para o biênio 1987-1989, a diretoria eleita foi composta por Guilherme Rodrigues da Silva, Eleutério Rodriguez Neto, Luiz Cordoni Junior, Roseni Rosângela Chomprè e Paulo Buss. O presidente Guilherme Rodrigues da Silva era o chefe do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina, onde exercia funções docentes no programa de pós-graduação e desenvolvia atividades de pesquisa na área de epidemiologia das doenças transmissíveis, além de ser um dos teóricos da formulação do próprio campo. Como alguns dos presidentes que o antecederam, sua formação clínica inicial na área da medicina tropical foi complementada por formação pós-graduada na área da Saúde Pública, realizada na escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard e na própria USP.

Do mesmo modo que a diretoria anterior, essa dedicou a maioria de seus esforços ao trabalho na Assembléia Nacional Constituinte e à elaboração da Lei Orgânica da Saúde. Durante os trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte, os membros da Abrasco, principalmente sua comissão de políticas de saúde e parte da diretoria, atuaram vigorosamente no seio do movimento sanitário, assessorando, no Congresso Nacional, a Comissão da Ordem Social e a Subcomissão de Saúde na elaboração do texto constitucional. Além dos subsídios originados na VIII Conferência e no seu primeiro congresso, a associação produziu análises de situação com base na avaliação da experiência do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds) implementado pelo Inamps, sob a presidência de Hésio Cordeiro.

Pelo *Boletim Abrasco*, os associados já podem acompanhar os movimentos e as proposições dos diferentes blocos de interesses que vão sendo constituídos ao longo dos trabalhos constituintes. No processo surgem divergências políticas e ideológicas inclusive entre a associação e a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, que são explicitadas nos editoriais e artigos do *Boletim*. Dentre as propostas em pauta, a Abrasco opta pela proposta da Comissão de Sistematização, ainda que ela não contemple

todas as propostas do movimento sanitário consubstanciadas na emenda popular encaminhada pela Plenária da Saúde. Esta é a proposta vitoriosa no plenário.

Nesse período, dois novos atores políticos importantes para o campo de formulação da política de saúde se constituem: o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems).

A aprovação da nova Constituição desloca o foco da atuação política para a formulação e a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, fundamental para a concretização dos avanços obtidos. A atuação política da Abrasco no parlamento se traduz também na participação no VI Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara.

No campo acadêmico, várias iniciativas são desenvolvidas objetivando, de um lado, a reflexão teórica sobre os desafios postos pela concepção do Sistema Único de Saúde e por sua efetivação e, de outro, o fortalecimento da produção científica na área.

Além dos seminários temáticos, merecem destaque: as tentativas de articulação de projetos multicêntricos, entre a Abrasco e as agências de fomento à pesquisa, buscando possibilitar o envolvimento do maior número possível de sócios institucionais em atividades de pesquisa voltadas para as grandes questões nacionais no campo da saúde; e a formulação do primeiro Plano Diretor para o Desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil, iniciativa mobilizadora que desempenhou papel fundamental no fortalecimento dessa área e cujos desdobramentos na década de 90 são marcantes.

Para finalizar o trabalho dessa gestão, é realizado o II Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva juntamente com o III Congresso Paulista de Saúde Pública. Como não poderia deixar de ser, o tema do congresso é "Sistema Único de Saúde: uma conquista da sociedade". Cerca de 2.500 participantes de todo o país se reúnem no campus da USP para discutir os vários aspectos a serem tratados na Lei Orgânica da Saúde.

Com a proximidade das primeiras eleições diretas para presidente da República após a ditadura, a questão da sucessão ganha espaço nas atividades do congresso, buscando não apenas apresentar aos candidatos as propostas do movimento sanitário, mas também comprometê-los com esse ideário. Entretanto, os resultados da eleição não foram promissores para o campo.

Após dez anos de criação, a Abrasco enfrenta talvez seu momento mais difícil durante os anos iniciais do governo Collor. A nova diretoria,

eleita no II Congresso, enfrenta uma dura luta pela sobrevivência da instituição.

A diretoria eleita é composta por José da Silva Guedes, Nilson do Rosário Costa, Carmem Fontes Teixeira, Alina Maria Almeida de Souza e Péricles Silveira da Costa, este último em substituição a Paulo Buss na secretaria executiva. O presidente José da Silva Guedes, professor titular e chefe do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, aliava experiência docente, produção científica no campo da epidemiologia e experiência de gestão como secretário municipal de Saúde da cidade de São Paulo, já no período de redemocratização. Mais uma vez, o presidente da entidade corporificava em sua trajetória profissional as múltiplas dimensões que são objeto de atuação da Abrasco. No final do mandato, como já havia acontecido com presidentes anteriores, Guedes assumiu a presidência do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, já integrado à estrutura do Ministério da Saúde, nessa fase inicial de implementação do SUS. Ao deixar o ministério, assumiria por oito anos a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo nos dois mandatos do governador Mário Covas.

O movimento sanitário, que vinha se fortalecendo desde a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, passa a enfrentar os efeitos negativos do projeto neoliberal do governo Collor sobre as políticas sociais em geral. A conjuntura é marcada por diversos elementos contraditórios. De um lado, registram-se avanços importantes como a aprovação da nova Constituição em 1988 e da Lei Orgânica da Saúde, as quais forneciam o arcabouço legal necessário para a implementação do Sistema Único de Saúde; e a instalação do Conselho Nacional de Saúde, em cumprimento à Lei 8.162, possibilitando pela primeira vez na história do país a participação organizada da sociedade civil na formulação da Política Nacional de Saúde. Por outro lado, há a redução do financiamento da saúde e as medidas de desestruturação do setor público atingindo todas as áreas de atuação do Estado, com forte repercussão sobre as políticas públicas.

A instalação do Conselho Nacional de Saúde e a negociação com a SBPC para que a Abrasco pudesse exercer a representação da comunidade científica nesse conselho significaram nova oportunidade de inserção política para a associação, estreitamente relacionada ao acompanhamento da Política Nacional de Saúde. Além disso, o CNS constituiu-se em arena para a articulação política entre a Abrasco e os outros atores relevantes para a formulação, a implementação e o acompanhamento da política de saúde, propiciando maior visibilidade ao trabalho desenvolvido pela associação.

Ainda no campo da atuação política, vale destacar a participação ativa da Comissão de Epidemiologia da Abrasco no processo de criação do Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi) pelo Ministério da Saúde, antiga reivindicação da comunidade de sanitaristas.

Durante essa gestão foi realizado o I Congresso Brasileiro de Epidemiologia, reunindo em Campinas (SP) cerca de 1.500 participantes e com a apresentação de trezentos trabalhos. A decisão sobre a realização do congresso de epidemiologia foi fruto de muita discussão entre a diretoria e os membros da Comissão de Epidemiologia, com importante participação da Organização Pan-Americana da Saúde no encaminhamento da proposta e na sua concretização. O principal receio de parte da diretoria e também do grupo de epidemiologistas era que a realização do congresso fosse vista como um anseio de autonomia da disciplina em relação ao campo. A maior preocupação na organização deste e dos demais congressos de epidemiologia foi sempre assegurar a ligação intrínseca dessa disciplina com a Saúde Coletiva.

Arlindo Fábio Gómez de Sousa foi o sexto presidente da Abrasco. Sua diretoria, eleita para o biênio 1991-1993, foi composta por Maria Cristina Lodi Guedes de Mendonça, José da Rocha Carvalheiro, Júlio S. Müller Neto e Péricles Silveira da Costa. O momento era particularmente delicado para a Saúde Coletiva no país e também para sua associação. O agravamento da crise política e institucional que resultaria no *impeachment* do presidente eleito e os efeitos das políticas neoliberais adotadas pelo governo eram fortemente sentidos no setor saúde, seja pelo agravamento do quadro sanitário, seja pelo enfraquecimento e pela desarticulação do aparelho de Estado.

Assim, a gestão da sexta diretoria da Abrasco transcorreu em meio a muita mobilização da associação para evitar que as conquistas que haviam sido alcançadas com a aprovação da Constituição Brasileira de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde em 1990 não se perdessem completamente. Talvez essa tenha sido a diretoria cuja gestão foi marcada pela realização do maior número de seminários, encontros e congressos, espaços todos eles destinados à discussão e à organização da resistência do movimento sanitário.

Não se poderia esperar menos de um presidente com o perfil de Arlindo. Sua trajetória pessoal estava associada desde sempre a numerosas realizações na área de informação, educação e comunicação em saúde, assim como à intensa participação em todos os momentos importantes do movimento da Reforma Sanitária.

Participando da gestão de Antônio Sérgio Arouca à frente da Fundação Oswaldo Cruz, logo após o encerramento da ditadura militar,

Arlindo havia se envolvido diretamente na criação da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, destinada a formar técnicos para o sistema de saúde que se sonhava construir; na concepção da Casa de Oswaldo Cruz como unidade destinada à recuperação e ao registro da história da Saúde Pública brasileira; no lançamento dos *Cadernos de Saúde Pública*, periódico científico fundamental para o campo no país.

Em 1986, lá estava ele dirigindo a assembléia final da VIII Conferência Nacional de Saúde que, sob a presidência de Sérgio Arouca, se constituiria no marco fundador do processo da Reforma Sanitária brasileira. Em seguida, tornou-se o coordenador da secretaria técnica da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, participando decisivamente na elaboração das propostas de redação do capítulo sobre a saúde na Constituição brasileira e também da proposta de lei orgânica de criação do Sistema Único de Saúde. Era, portanto, natural que se tornasse o presidente da Abrasco justamente no momento mais crucial para a concretização das aspirações do movimento da Saúde Coletiva no Brasil. Fazer do SUS uma realidade era a tarefa mais urgente.

No início do mandato, a primeira providência foi tentar recuperar a representação no Conselho Nacional de Saúde, pois o presidente da SBPC havia indicado uma outra sociedade científica para a vaga. A presença da Abrasco nesse órgão de controle social da Política Nacional de Saúde adquiria ainda maior importância, dadas as características da conjuntura política. Recuperada a representação, com a interveniência do vice-presidente José da Rocha Carvalheiro, a luta passou a ser pela convocação da IX Conferência Nacional de Saúde, que deveria ter ocorrido em 1990. Somente após a troca de ministro da Saúde foi possível convocar a conferência, ainda que com dois anos de atraso.

Já em 1991, ao presidir o III Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva em Porto Alegre (RS), imprimiu ao evento características muito coerentes com essa trajetória pessoal. O congresso foi pensado menos como um evento científico e mais como um local de convergência para todo tipo de manifestação social em torno da questão saúde. O lema "Saúde como direito à vida" pretendia a um tempo convocar a sociedade toda para a defesa desse direito e, a outro, agrupar em torno de si as mais diversas expressões de vitalidade presentes na sociedade brasileira. A Reforma Sanitária e a criação do SUS ocupavam o lugar central na agenda política, constituindo assim um ensaio geral para a conferência nacional, finalmente convocada para alguns meses após o congresso.

Além de participar da comissão organizadora, a Abrasco ficou encarregada dos trabalhos de relatoria, sendo seu presidente o relator-geral.

Para apoiar os debates, a associação elaborou o documento "Saúde é qualidade de vida", abordando aspectos centrais para a instalação do SUS: financiamento do setor, relação público/privado, co-participação dos usuários no custeio do sistema, atribuições das esferas municipais, estaduais e federal, pessoal para a saúde e ciência e tecnologia em saúde.

Ainda em 1992, a diretoria, apoiada no trabalho da Comissão de Epidemiologia, realizou o II Congresso Brasileiro de Epidemiologia, em Belo Horizonte (MG), retomando mais uma vez o tema da qualidade de vida. Com todas as dificuldades financeiras vividas pela associação nesse período, o espírito inquieto e empreendedor do presidente, bem como dos demais membros da diretoria, não permitiu que as atividades aglutinadoras da comunidade acadêmica e de serviços do campo da Saúde Coletiva deixassem de ser realizadas. No ano seguinte, foi a vez da organização do I Encontro de Ciências Sociais em Saúde.

No final do mandato, a diretoria ainda teve fôlego para realizar o IV Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, em Olinda (PE), sob o lema "O feito por fazer", que adotamos para nomear este capítulo. As conotações embutidas no título são muitas, mas as principais remetem para o alerta de que o muito que já se havia conquistado no campo da Reforma Sanitária, em vez de permitir o acomodamento, convidava ao trabalho renovado e necessário diante do muito que ainda havia por fazer. Numa única frase se articulavam os ganhos e os desafios para o campo e para o movimento social do qual a Abrasco era parte atuante.

Com uma pobreza franciscana que levou, entre outras coisas, à impressão do programa em formato de papel jornal, a capacidade convocatória da Abrasco foi posta à prova, pois além da conjuntura bastante adversa, sem que ninguém tivesse se dado conta a abertura foi marcada para o horário da estréia do selecionado brasileiro na Copa do Mundo de futebol. Não houve outro jeito senão antecipar a cerimônia de abertura e providenciar telões para que os cerca de 3.800 participantes pudessem assistir ao jogo Brasil e Rússia no próprio centro de convenções. Nada poderia ter mais a feição do presidente e de sua diretoria.

Cumprida a missão de conduzir a associação durante esses anos de dificuldades que se somavam àqueles vividos pela diretoria anterior, Arlindo retoma suas numerosas atividades na Fundação Oswaldo Cruz e empenha-se em criar o Canal Saúde, respondendo a deliberações das conferências nacionais que reiteravam a necessidade de contar com recursos de comunicação social apropriados para o exercício da cidadania. Desde 1994, o Canal Saúde tem produzido e veiculado material audiovisual para atender a demandas específicas dos profissionais de saúde que constituem

a maioria do seu público. Conselhos de saúde, escolas, associações e sindicatos também se utilizam dessa programação como veículo privilegiado. O trabalho que passou a ser desenvolvido pelo canal na cobertura dos congressos da Abrasco e das conferências nacionais de saúde tem possibilitado a ampliação da participação, pois leva através da televisão os debates a um número maior de profissionais de saúde e cidadãos. Para além de uma tarefa de educação continuada e a distância, compartida com as redes de TV Educativa, o Canal Saúde leva o movimento social pela saúde – movimento do qual faz parte, alimentando e sendo alimentado – para a sala dos brasileiros. Em 2006 na chefia de gabinete da presidência da Fiocruz, Arlindo segue contribuindo, como sempre, para o alcance dos objetivos da Reforma Sanitária brasileira.

A etapa seguinte na história da associação e de seus presidentes sofreria uma inflexão refletindo as modificações na conjuntura política e a construção paulatina do Sistema Único de Saúde. Passadas as turbulências do primeiro governo eleito, após a ditadura, e as etapas iniciais da implementação do SUS, há como que uma necessidade de retomar de maneira mais decisiva a produção de conhecimentos para apoiar esse processo. É nesse contexto que a porção mais acadêmica da associação, relacionada com a formação de pesquisadores e a produção de conhecimentos científicos aplicáveis ao campo da política de saúde, parece ganhar relevância. Vencidas as primeiras batalhas, a necessidade de demonstrar a competência e a capacidade técnica para concretizar as propostas políticas impõe à associação um novo rumo: o fortalecimento da pós-graduação e da produção científica.

Maria Cecília de Sousa Minayo, juntamente com Marilisa Berti de Azevedo Barros, Renato Peixoto Veras, Pedro Miguel dos Santos Neto, Péricles Silveira da Costa e João Carlos Canossa Mendes, iria conduzir esse processo de fortalecimento acadêmico sem, entretanto, descuidar da participação da associação nas definições da Política Nacional de Saúde.

Cecília Minayo, docente da Escola Nacional de Saúde Pública e pesquisadora respeitada no campo por suas importantes contribuições, tinha o perfil apropriado para conduzir a associação nessa nova etapa. Sua experiência na coordenação do Programa de Pós-Graduação da ENSP foi bastante útil tanto para a representação de área na Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) quanto para alavancar os programas no país em geral.

A necessidade de fortalecimento da pós-graduação em Saúde Coletiva respondia a dois tipos de problemas: de um lado, a já mencionada necessidade de produzir novos conhecimentos que embasassem a

implementação do Sistema Único de Saúde, e de outro o questionamento, mais ou menos velado, do caráter científico do campo. Todas as vezes que se solicitava apoio dos órgãos de fomento para a realização de atividades da associação, e mesmo nos embates por recursos para pesquisas e bolsas, voltava o questionamento acerca do seu caráter científico e de sua natureza predominantemente política no campo. Um dos episódios que trouxeram mais uma vez à tona esses questionamentos, logo no início do mandato da nova diretoria, foi a tentativa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) de impor como coordenador do comitê assessor um pesquisador da área de bioquímica de alimentos. Obviamente, a mobilização da comunidade não permitiu que a tentativa se concretizasse; entretanto, não houve força suficiente para garantir o nome escolhido pela própria comunidade.

Diante dessa conjuntura, a estratégia traçada pela presidente e por sua diretoria privilegiou a inserção da Abrasco na comunidade científica nacional seja na assembléia das sociedades científicas na SBPC, seja na representação junto aos órgãos de fomento. A participação ativa da associação na organização da I Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde fez parte dessa estratégia.

No âmbito do CNPq, a associação passou a organizar de modo mais sistemático o processo de indicação de membros para o comitê assessor, garantindo maior organicidade à representação. Ao mesmo tempo foram promovidos seminários para discutir critérios para auxiliar no julgamento dos pedidos de bolsas e financiamentos a projetos, de modo a preservar os recursos destinados à Saúde Coletiva para pesquisadores realmente do campo.

A maior fonte de tensão deu-se no âmbito da avaliação dos cursos de pós-graduação estrito senso e originou-se especialmente da área médica. Embora a Capes outorgue a cada área liberdade para estabelecer seus próprios critérios de avaliação, respeitando assim as especificidades de cada campo científico, na grande área da saúde a hegemonia dos representantes das áreas médicas (Medicina I, II e III) sempre motivou atitudes preconceituosas, fruto do desconhecimento em relação à Saúde Coletiva.

Portanto, realizar uma avaliação independente dos programas da área tornou-se uma tarefa prioritária. Assim, vários docentes foram envolvidos na elaboração de estudos sobre tópicos específicos, produzindo material para a realização da avaliação. É importante destacar que até esse momento o processo de avaliação implantado pela Capes em 1976 não tinha definição clara de indicadores, sendo bastante subjetivo e estando sujeito muitas vezes ao conhecimento ou desconhecimento dos representantes de área a respeito de cada um dos programas avaliados.

Para dar caráter independente à avaliação, a diretoria comandada por Cecília convidou dois pesquisadores estrangeiros para realizá-la: Sherman James, da Universidade de Michigan (EUA), e Claudine Herzlich, do Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale/Inserm (França). A partir desse trabalho, foi possível desfazer uma série de equívocos e prenoções que havia na própria comunidade da Saúde Coletiva e também no restante da comunidade científica da área da saúde, demonstrando que a produção científica e intelectual do campo era inclusive superior àquela verificada na área médica.

Como desdobramento desse esforço, a diretoria instituiu o Fórum de Coordenadores dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, que permanece ativo, como instância de formulação de propostas para a pós-graduação senso estrito e reflexão sobre a formação de pesquisadores, além de base concreta para a representação da área junto à Capes. Sem dúvida, esse é um diferencial de organização do campo que contribuiu para modificar substancialmente a posição da Abrasco na interlocução nesse âmbito, transformando-a em ator efetivo no processo de fortalecimento da pós-graduação no país.

Outro desdobramento significativo foi a criação da revista *Ciência & Saúde Coletiva* como periódico científico da Abrasco, definindo um perfil próprio por referência às outras revistas já existentes no campo. A opção da diretoria foi criar uma revista temática, tendo em vista a necessidade de organizar a produção sobre a Saúde Coletiva de acordo com suas temáticas, dando visibilidade e limites mais claros ao campo. Seus primeiros números foram dedicados à publicação dos produtos resultantes da avaliação dos programas de pós-graduação e à veiculação de reflexões sobre as diferentes áreas temáticas produzidas pelas comissões e pelos grupos de trabalho da associação.

Articulada à necessidade de divulgação da produção científica, além da criação da revista *Ciência & Saúde Coletiva*, foi proposta a criação da livraria da Abrasco, mecanismo não apenas de arrecadação, mas principalmente de difusão de parte significativa da produção intelectual do próprio campo e de autores afins, brasileiros e estrangeiros.

Sob a presidência de Cecília Minayo foram realizados o III Congresso Brasileiro de Epidemiologia e o I Congresso de Ciências Sociais em Saúde, ambos em 1995, dando continuidade aos eventos científicos. O III Congresso Brasileiro de Epidemiologia propiciou à Abrasco a oportunidade de se integrar à Asociación Latinoamericana de Medicina Social (Alames) e à Sociedade Ibero-Americana de Epidemiologia na promoção de evento científico de caráter internacional. Estiveram presentes cerca de 3.500 pessoas

oriundas de 22 países. O I Congresso de Ciências Sociais em Saúde também reuniu um número expressivo de participantes, dando início a uma nova série de congressos que veio se somar aos de epidemiologia e Saúde Coletiva. Ainda em 1995, a associação organizou o Seminário Latino-Americano sobre condições de vida e situação de saúde, com participação de pesquisadores da América Latina e convidados da Espanha.

A atuação política da Abrasco no Conselho Nacional de Saúde continuou a ser intensa, destacando-se a elaboração da Norma Operacional Básica (NOB 96) em colaboração com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). A Abrasco, como de outras vezes, integrou a comissão de organização da X Conferência Nacional de Saúde, contribuindo ainda na elaboração de um boletim dedicado à pauta do evento. Novos atores políticos surgidos no processo de redemocratização do país ou fortalecidos por ele permitiram à associação definir de modo mais claro seu papel na arena política: o aporte de uma associação científica cujo objeto de reflexão e produção científica é a condição de saúde da população e as políticas sociais em saúde.

A próxima diretoria daria continuidade ao trabalho iniciado por Cecília Minayo, procurando consolidar a presença da Abrasco na comunidade científica nacional e internacional. Ela foi composta por Rita Barradas Barata na presidência, Eduardo Stotz, Everardo Duarte Nunes, Elizabeth Diniz Barros, Mário Dal Poz, Oswaldo Yoshimi Tanaka e Péricles Silveira da Costa. Esta diretoria apresentou algumas particularidades, tais como a expansão do número de membros da diretoria, decorrentes das mudanças regimentais realizadas no final da gestão anterior, e o prolongamento de mandato devido a dois fatos: o adiamento do V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva provocado pela realização da X Conferência Nacional de Saúde, agendada para o mesmo período, e a tentativa de fazer coincidir a posse da nova diretoria com a realização do 'Abrascão', isto é, o Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Assim, a gestão durou quatro anos, de 1997 a 2000.

Rita Barradas Barata era então docente do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, tendo sua atividade principal na área da epidemiologia de doenças transmissíveis e no estudo das desigualdades sociais em saúde. Seu perfil profissional, assim como o de Cecília Minayo, estava dirigido para a docência e a pesquisa.

Dando seguimento ao trabalho que vinha sendo realizado pela associação no campo da pós-graduação em Saúde Coletiva, a atuação junto

à Capes, por intermédio do representante de área, Maurício Barreto, atingiu um novo patamar com a participação no Conselho Técnico Consultivo. A grande área da saúde tradicionalmente participava com um dos representantes da área médica, sendo pela primeira vez representada pela Saúde Coletiva. A formulação de critérios objetivos de avaliação, que já vinha sendo impulsionada, ganhou maior consistência, e teve início um processo controvertido de classificação dos periódicos científicos. No campo da Saúde Coletiva, todos estes aspectos foram amplamente discutidos pelo Fórum de Coordenadores dos programas, aportando diversas contribuições no sentido do aprimoramento do processo.

Ainda no âmbito da formação, teve início na etapa de representação junto à Capes feita por Moisés Goldbaum, que substituiu Maurício Barreto, a discussão dos mestrados profissionais como forma de qualificação do pessoal da saúde. Os primeiros programas só seriam oferecidos após o ano 2000.

O comitê assessor do CNPq também trabalhou bastante articulado com a diretoria, permitindo que a atuação nessa área fosse balizada pelas discussões da política científica e tecnológica traçada pela associação. Ainda no campo do fomento à pesquisa, a associação teve participação importante na criação do Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit) na Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, respondendo a uma antiga demanda da comunidade.

A inserção da associação na SBPC também mudou de patamar, com a participação ativa na elaboração da programação central da 52ª reunião, além da participação setorial que já vinha se dando em momentos anteriores.

Logo no início da gestão, em 1997, foi realizado o V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, retomando a questão da responsabilidade do Estado na garantia do direito à saúde. Sentiu-se a necessidade de reafirmar esse princípio exatamente como conseqüência dos efeitos negativos da política econômica sobre a saúde e da escassez de verbas para o setor. O congresso procurou discutir e agregar elementos de acúmulo político para a luta pela aprovação da emenda constitucional referente à vinculação de recursos orçamentários para a saúde.

Em 1998 ocorreu o IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia, reunindo cerca de 2.200 participantes, no Rio de Janeiro, e em 1999 a associação realizou outros três eventos importantes: o II Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde, o I Encontro Latino-Americano em Saúde, Equidade e Gênero, juntamente com a Alames, e o I Congresso Internacional Mulher, Trabalho e Saúde, reunindo delegações de países dos cinco continentes.

Dentro do projeto editorial da Abrasco, foi criada em 1997 a *Revista Brasileira de Epidemiologia*, para acolher parte da produção crescente nessa área, decorrente por um lado da ampliação dos programas de pós-graduação estrito senso, e por outro do enorme esforço de capacitação em epidemiologia dos profissionais de saúde, desenvolvido tanto pelo Ministério da Saúde, especialmente pelo Cenepi, quanto por estados e municípios, contando sempre com a participação dos sócios institucionais da Abrasco na realização de cursos de especialização e capacitação em todo o país.

Essa diretoria também concretizou a primeira parceria internacional da Abrasco, com a Associação Canadense de Saúde Pública (CPHA), para estimular o intercâmbio de experiências em promoção da saúde. Tal parceria foi concretizada contando ainda com a interveniência das agências de cooperação internacional de ambos os países.

Ao lado da atividade acadêmica, a Abrasco intensificou sua participação nas comissões intersetoriais do Conselho Nacional de Saúde, estando presente na Comissão Intersetorial de Ciência e Tecnologia, na Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher, na Comissão Intersetorial de Saúde e Trabalho e na Plenária de Recursos Humanos em Saúde. Mediante um convênio firmado com a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde, a Abrasco viabilizou ainda a produção de revistas para a Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos e a elaboração de produtos técnicos para o embasamento da atuação do CNS.

Ainda no campo das políticas de saúde, a atuação do Grupo Temático em Informação, Saúde e População (GTISP) na Rede Interagencial de Informação, População e Saúde (RIPSA) foi bastante destacada no período. Esta atuação também foi bastante relevante na comissão encarregada de elaborar o suplemento de saúde para a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 1998, bem como na análise dos dados gerados.

O trabalho realizado a partir da Comissão Intersetorial de Ciência e Tecnologia em articulação com o Decit resultou na formulação de uma proposta para a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, que seria posteriormente aprovada na II Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde.

Finalizando a gestão dessa diretoria, foi realizado o VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, em Salvador (BA), com mais de cinco mil participantes discutindo o tema central: "O sujeito da Saúde Coletiva". Talvez de maneira mais clara do que nos anteriores congressos da associação, este dividiu o espaço central de sua programação entre as questões políticas

de relevância para a Política Nacional de Saúde com as questões políticas relevantes para o trabalho acadêmico e para a produção de conhecimentos no campo.

Como decorrência do trabalho da Abrasco no Conselho Nacional de Saúde, Rita Barradas Barata foi indicada para coordenar a XI Conferência Nacional de Saúde, tendo Elizabeth Barros, também da diretoria, como relatora-geral. Toda a comunidade da associação envolveu-se ativamente nos trabalhos preparatórios, elaborando documentos básicos para embasamento dos debates, participando em mesas-redondas e painéis nas conferências estaduais e também na conferência nacional. Se desde a VIII Conferência a participação da Abrasco havia sido importante, na XI ela foi central. Como fez em relação às conferências anteriores, a associação elaborou um documento para balizar sua atuação, já a cargo da nova diretoria que havia sido empossada em Salvador.

A nona diretoria a assumir a condução dos trabalhos da Abrasco foi composta por José Carvalho de Noronha como presidente e Francisco Eduardo de Campos, Jairnilson Paim, Márcia Furquim de Almeida, Paulo Mangeon Elias e Paulo Marchiori Buss como vice-presidentes, além de Álvaro Matida e Mônia Mariani na secretaria executiva.

José Carvalho de Noronha era então professor do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj) e pesquisador do Centro de Informação e Comunicação em Saúde da Fiocruz. Aliava a experiência docente e de investigação na área de gestão e planejamento ao exercício de diversos cargos na administração pública, dentre os quais o de secretário de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Como a maioria dos presidentes da entidade, combinava o perfil acadêmico ao de gestor público.

Sua gestão foi marcada pela intenção de retomar o protagonismo político da Abrasco no campo da política de saúde, que uma parte dos associados supunha perdido pela inflexão mais acadêmica que havia caracterizado as duas últimas gestões.

Ainda que o trabalho político nunca tivesse sido abandonado, a maior ênfase colocada na organização e na consolidação da pós-graduação estrito senso e no reconhecimento da Abrasco como um interlocutor qualificado na comunidade científica brasileira era vivida por muitos como um certo desvio dos rumos que haviam marcado a associação, existindo inclusive, durante toda a gestão, a presença de uma tensão permanente entre aqueles que viam na Abrasco um movimento social e aqueles que a concebiam como associação científica do campo da Saúde Coletiva intrinsecamente relacionada com a formulação das políticas de saúde.

O momento político no qual assumiu a nova diretoria era bastante diverso daquele existente em 1997. A gestão do ministro Serra à frente do Ministério da Saúde havia colocado a Política Nacional de Saúde na agenda política do país de forma relativamente inédita até então. A aprovação da Emenda Constitucional 29 significou um aporte maior de recursos para o setor, embora ainda insuficiente. No campo acadêmico e científico, a Abrasco era naquele momento um interlocutor importante, e a pós-graduação em Saúde Coletiva poderia ser considerada consolidada, havendo pelo menos alguns programas de excelência com inserção internacional.

Nos primeiros meses da sua gestão, Noronha, de maneira coerente com a plataforma apresentada, dedicou-se ao trabalho de articulação da Abrasco tendo em vista a realização da XI Conferência Nacional de Saúde. O documento "Atualizando a agenda da Reforma Sanitária brasileira", elaborado para embasar a participação dos delegados, destacava os pontos críticos para a organização do SUS: precarização das relações de trabalho, aceleração do processo de qualificação-desqualificação das relações técnicas do trabalho em saúde, dificuldades gerenciais, a criação de agências reguladoras e o potencial papel desagregador delas para o sistema, dicotomia entre atenção básica e integralidade da assistência, e a ausência de políticas de qualidade.

Também em consonância com a proposta de reafirmar o papel político da Abrasco, houve por parte da diretoria um cuidado especial em relação à inserção internacional da associação. Assim, a filiação da Abrasco à Federação Mundial de Associações de Saúde Pública (World Federation of Public Health Associations – WFPHA) foi um passo importante. A participação da associação no Global Forum for Health Research, com a apresentação de sua proposta para a Política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, foi outro passo na direção da internacionalização. Além da participação em fóruns acadêmicos e políticos, a associação iria se envolver de maneira importante no processo sucessório na OMS.

Outra iniciativa sumamente importante no processo de internacionalização da associação foi a elaboração do documento de Saúde Pública internacional feito para apoiar as intervenções da delegação brasileira durante a reunião do Conselho Executivo da Organização Mundial da Saúde, em 2003.

A participação ativa do presidente na campanha eleitoral de 2002 e o posterior envolvimento com a equipe de transição também caracterizaram essa nova etapa de atuação mais política. Para a campanha, a associação, em parceria com o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), elaborou o documento "Em defesa da saúde dos brasileiros".

No âmbito interno à própria associação, as mudanças também foram perceptíveis, principalmente na ampliação dos grupos temáticos (criação de quatro GTs) e conseqüentemente na participação da Abrasco na organização de numerosos eventos.

O trabalho junto à Capes, ao CNPq e à SBPC seguiu da forma como vinha sendo feito nas gestões anteriores, consolidando ainda mais a presença da Abrasco na comunidade científica brasileira.

De fundamental importância não apenas para a Saúde Coletiva, mas para toda a pesquisa em saúde no país, foi a criação, em 2003, na gestão do ministro Humberto Costa, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos no Ministério da Saúde e a nomeação de Reinaldo Guimarães para a direção do Decit. Estes dois fatos significaram um enorme fortalecimento da interlocução da saúde com as demais áreas científicas e principalmente o estabelecimento formal de relações entre a Política Nacional de Saúde e a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação. O aporte incremental de recursos financeiros para a pesquisa em saúde também foi significativo, permitindo ao setor um novo patamar de produção.

Esses desdobramentos sem dúvida foram frutos também da atuação de Noronha como presidente da Abrasco na condução da Comissão Intersetorial de Ciência e Tecnologia (CICT) do Conselho Nacional de Saúde. O diálogo com outras sociedades científicas como a Federação das Sociedades de Biologia Experimental (Fesbe) e a Academia Brasileira de Ciências (ABC) foi fundamental para estabelecer a aliança política capaz de apoiar essa antiga reivindicação.

Mais um dos indícios da importância crescente do campo da Saúde Coletiva na comunidade científica brasileira pôde ser visto na nomeação de Maurício Barreto e, mais recentemente, de César Victora como membros da Academia Brasileira de Ciências, que, apesar de ter tido Oswaldo Cruz como um de seus membros fundadores, não abrigou muitos sanitaristas ao longo de sua história mais recente.

Outra área de atuação fundamental para a Abrasco, a da formação e capacitação de profissionais de saúde, passou a ter na recém-criada Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde (Segest) um novo interlocutor, ampliando assim o campo de articulação e de atuação política da associação. Do mesmo modo que a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, a Segest viria a ser comandada por um 'abrasquiano' histórico: Francisco Campos.

Assim, vê-se que a despeito da ênfase que em cada momento possa ser dada a um dos três eixos que desde o princípio compuseram as atividades da Abrasco, em cada um dos momentos marcados pela atuação

das distintas diretorias, todos eles estão presentes: a formação, a pesquisa e a política de saúde.

A nona diretoria também se empenhou na realização de diversos eventos científicos desde o princípio de sua gestão. Já em 2001 foi organizado e realizado o II Encontro Nacional de Educação Popular e Saúde, retomando uma atividade que havia tido seu primeiro encontro na década de 80. Nesse mesmo ano, a associação preparou um documento para a Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação, organizada pelo Ministério da Ciência e Tecnologia. Em 2002 foi a vez do V Congresso Brasileiro de Epidemiologia, realizado em Curitiba (PR), do II Seminário Nacional de Saúde e Ambiente e do Seminário de Ciências Humanas e Sociais em Saúde.

No seu último ano, as energias foram canalizadas para a realização do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e para a organização da XII Conferência Nacional de Saúde, convocada antecipadamente para dezembro de 2003. O VII Congresso extrapolaria todas as previsões, reunindo cerca de 7.500 participantes, na Universidade de Brasília (UnB), sob o lema "Saúde, Justiça, Cidadania". Rememorando o IV Congresso, realizado em Porto Alegre (RS) em 1991, esse também foi marcado pela diversidade, inclusão e criatividade, mesclando em doses variadas as porções acadêmica, científica, política e de movimento social da Abrasco. Mais uma vez, o 'Abrascão' era a cara da sua diretoria.

Pela primeira vez na história da Abrasco, houve acirrada disputa em torno da composição da chapa que deveria apresentar-se às eleições para a décima diretoria. Entretanto, a diretoria sob a presidência de Noronha logrou construir o consenso entre os sócios institucionais de modo a que novamente houvesse apenas uma chapa postulando a aprovação dos associados. Naquele momento, mais uma vez, surgiu explicitamente a polarização entre o grupo que defendia uma atuação da Abrasco mais próxima à de um movimento social e o grupo que defendia o caráter de associação científica do campo da Saúde Coletiva como característica primordial.

Durante o VII Congresso foi empossada a décima diretoria, com mandato até 2006. Ela era constituída por Moisés Goldbaum na presidência, Paulo Ernani Vieira Gadelha, Júlio Strubling Müller Neto, Madel Therezinha Luz, Rômulo Maciel Filho e Soraya Cortes nas vice-presidências, e Álvaro Matida e Mônia Mariani na secretaria executiva.

Moisés Goldbaum era então docente do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, com atuação em pesquisa na área de epidemiologia. Além de seu trabalho docente, sua

trajetória profissional incluía a participação, como técnico, em agências de fomento à pesquisa, como o CNPq, e organismos internacionais, como a Opas. Desde a constituição da Abrasco, ele havia atuado de maneira destacada na Comissão de Epidemiologia e na Comissão de Ciência e Tecnologia. Antes de assumir a presidência, exerceu a representação da área junto à Capes, tendo papel importante na manutenção das especificidades do campo nos critérios de avaliação propostos pela grande área da saúde. Ele era ainda o editor científico da *Revista de Saúde Pública*.

A plataforma dessa diretoria, como daquelas que a antecederam, afirmava a intenção de consolidar os avanços já obtidos e ampliá-los no que respeita à legitimação do campo entre a comunidade científica nacional e internacional, os órgãos de fomento à pesquisa e os formuladores e prestadores de serviços de saúde. As áreas de atuação continuavam sendo a geração de conhecimentos, a formação de recursos humanos e a formulação das políticas de saúde e ciência e tecnologia em saúde.

Uma das primeiras atividades da nova diretoria foi a realização do VI Congresso Brasileiro de Epidemiologia, que reuniu em Olinda (PE) cerca de quatro mil participantes. Em 2004, a Abrasco organizou o II Simpósio Brasileiro e o I Simpósio Pan-Americano de Vigilância Sanitária, dando continuidade às atividades nesta área, iniciadas pela diretoria anterior.

Ainda em 2004, a participação da Abrasco na II Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde foi intensa, pois além de seu coordenador e a relatora adjunta serem membros da Comissão de Ciência e Tecnologia da Abrasco, diversos membros da associação estavam entre os delegados. O presidente Moisés Goldbaum, conselheiro do CNS, foi indicado para coordenar uma das plenárias finais. Além disso, a associação havia participado intensamente da elaboração do documento de política nacional e da formulação das agendas de prioridade em pesquisa, que estavam sendo debatidos na conferência.

Um dos pontos centrais defendidos pela associação era a criação de uma instância setorial de fomento à pesquisa em saúde para garantir fortalecimento da política científica e tecnológica em saúde, fluxo financeiro adequado e procedimentos administrativos coerentes com as características de fomento. Embora a criação do Decit tenha representado um avanço em relação à situação anterior, o fato de ele fazer parte da administração direta do Ministério da Saúde provocou uma série de entraves ao financiamento da pesquisa em saúde que uma agência de fomento não tem. Apesar do empenho da associação, a proposta foi derrotada, demonstrando até que ponto a compreensão das necessidades no campo da pesquisa está distante do cotidiano dos movimentos sociais representados na conferência.

No final de 2004, a diretoria organizou um evento na sede da Organização Pan-Americana da Saúde em Brasília para comemorar os 25 anos de existência da Abrasco. Todos os ex-presidentes foram convidados a apresentar sua experiência na condução da associação, auxiliando assim no registro dessa história. O evento tratou ainda de projetar os desafios para o futuro.

No princípio de 2005, ocorreu um fato inédito na história da associação. Seu presidente foi convidado para assumir a Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde estando em meio a seu mandato. Com muitos dos presidentes anteriores, havia ocorrido que após completar o mandato eles assumiram cargos na administração pública; entretanto, durante o mandato era a primeira vez. Com a aceitação do convite, Paulo Ernani Gadelha, um dos vice-presidentes eleitos, assumiu a condução da diretoria em substituição a Moisés Goldbaum.

Paulo Gadelha era pesquisador titular da Fundação Oswaldo Cruz e no momento ocupava a Vice-Presidência de Desenvolvimento Institucional e Gestão do Trabalho dessa instituição. Como sanitarista e pesquisador, tinha grande experiência no campo do planejamento e gestão. Sua trajetória profissional incluía a direção da Casa de Oswaldo Cruz, unidade da Fiocruz dedicada à memória, à história e à divulgação científica em saúde à qual está vinculado o Museu da Vida, que Gadelha idealizou e coordenou na fase inicial de implantação. O novo presidente daria seqüência ao programa traçado pela diretoria.

Em 2005, a Abrasco participou da Conferência Luso-Francófona em Saúde ocorrida em Montreal, no Canadá, dando prosseguimento à sua inserção internacional, e organizou o III Congresso de Ciências Humanas e Sociais em Saúde, na cidade de Florianópolis (SC). Mas a grande tarefa da diretoria passou a ser a realização do VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e do XI Congresso Mundial de Saúde Pública, ocorrido no Rio de Janeiro em 2006, já no encerramento do mandato. O evento viria a coroar todos os esforços de inserção internacional da associação, reunindo cerca de 12 mil participantes provenientes dos mais diferentes países para discutir a "Saúde Coletiva em um mundo globalizado: rompendo barreiras sociais, econômicas e políticas". A Abrasco pôde demonstrar para os numerosos presidentes de associações de Saúde Pública ali presentes sua capacidade convocatória, sua *expertise* na organização de eventos científicos e principalmente a pujança da área no Brasil.

Este breve relato sobre os presidentes e suas diretorias ao longo desses 27 anos de história ilustra a trajetória da associação, tentando inseri-la no processo histórico mais geral da sociedade brasileira sem desconhecer

as características peculiares que os sujeitos são capazes de imprimir aos processos que os sobrepassam. Para além das características pessoais de seus presidentes, a história da Abrasco é a história do desenvolvimento de um campo científico que, em seu processo de constituição, articulou-se intimamente com a história da política social de saúde do país. O protagonismo nesse movimento político foi em alguns momentos muito nítido e, em outros, cedeu passo à articulação com outros movimentos políticos e sociais sem, entretanto, perder a contribuição específica que um campo científico comprometido pode dar à concretização de uma política.

Cada um dos personagens aqui retratados e um número infinitamente maior de sujeitos, que em cada um dos momentos focalizados construíram essa história, foram capazes de imprimir suas características humanas peculiares, suas crenças, suas visões de mundo, suas maneiras de atuar, dando o colorido e o tempero a um processo histórico no qual são, a um só tempo, construtores e construídos.

O Por Fazer

Haverá sempre algo por fazer, por mais que algo já tenha sido feito, e não poderia ser diferente com a história da Abrasco. Retrospectivamente, como bem documenta este livro, muito já se fez, porém em uma associação viva sempre haverá muito por fazer.

No âmbito da formação profissional, o desafio que se apresenta é a contínua preparação de recursos humanos com capacidade técnica para identificar e hierarquizar as necessidades sociais em saúde; organizar saberes e instrumentos em modelos tecnológicos de trabalho que garantam a efetividade das intervenções e avaliar os impactos das intervenções adotadas. Além da capacidade técnica, os profissionais da Saúde Coletiva necessitam de capacidade para a negociação política interna e externa ao setor; capacidade para fazer a intermediação entre o conhecimento acadêmico e as práticas nos serviços de saúde; e capacidade para organizar as evidências científicas para embasar as funções regulatórias do Estado.

Para a formação acadêmica, os desafios que se apresentam são a transição necessária da produção de conhecimentos sobre a doença para a produção de conhecimentos sobre a saúde; a valorização da promoção da saúde; a ênfase na dimensão populacional e nos determinantes sociais, além da compreensão das características do Estado moderno em que as relações com a sociedade podem ser vistas como resultando de um contrato social entre cidadãos ativos e um Estado democrático aberto às reivin-

dicações. As próprias ações de Saúde Pública hoje são executadas em um contexto no qual o direito à saúde está pensado como a garantia de direitos individuais e a limitação à ação estatal.

Os docentes e pesquisadores da área devem ser capazes de identificar problemas de pesquisa coerentes com as necessidades em saúde, apresentar sólida formação teórica e metodológica, capacidade de interação com pesquisadores de outros campos disciplinares, comportamento ético, capacidade de captação de recursos para a pesquisa, regularidade de publicação, liderança, capacidade de comunicação social com políticos, patrocinadores e com a comunidade e capacidade de formar novos pesquisadores.

Em relação à formação em Saúde Coletiva, a atuação da Abrasco pode ser dividida em dois âmbitos principais: a pós-graduação estrito senso e a lato senso. Para a pós-graduação lato senso, o desafio que se apresenta imediatamente para a associação é o papel que ela poderá vir a ter no processo de acreditação das instituições formadoras. A proposta de acreditação desenvolvida em parceria da Escola Nacional de Saúde Pública do Brasil com sua congênere francesa necessita de uma instituição como a Abrasco para sua legítima implementação. Em vez de realizar 'exames de especialistas', a exemplo da maioria das sociedades científicas da área da saúde, a Abrasco poderia avaliar a qualidade das instituições formadoras segundo parâmetros bem definidos. Dessa forma, seria possível estabelecer para a sociedade a sinalização necessária acerca das instituições competentes para a formação. A mercantilização crescente de todas as esferas de formação torna obrigatória a adoção de mecanismos de controle social pela própria comunidade, independentemente das ações que possam ser desenvolvidas pelo Ministério da Educação. Evidentemente, a legitimidade do processo decorrerá do consenso que poderá ser estabelecido entre os pares em torno das características dessa acreditação.

No campo da pós-graduação estrito senso, o fortalecimento do trabalho do Fórum de Coordenadores pode ser o instrumento para não apenas acompanhar os aspectos operativos dos programas de pós-graduação, mas para produzir reflexões, questionamentos e sugestões relacionados à política nacional de pós-graduação. Algumas tarefas se apresentam como imediatas nesse campo, dentre as quais podemos destacar a necessidade de aprimoramento e consolidação de diversos programas e contribuições para o processo de avaliação. Quanto ao aprimoramento e consolidação dos programas, a própria Capes, com as modificações propostas para os critérios de avaliação, abriu a possibilidade de valorizar o trabalho solidário entre programas. A Abrasco tem papel importante na

organização dessa cooperação entre programas já consolidados e programas que apresentam algum grau de dificuldade.

Um segundo aspecto que poderá ser tomado como desafio pela associação é o aprimoramento dos critérios de avaliação tendo em vista o grande poder de indução que eles apresentam. Os critérios necessitam ser discutidos segundo a política científica e tecnológica para melhor atender aos interesses nacionais. A forma relativamente acrítica com que esses critérios têm sido estabelecidos acabam por induzir distorções no processo de formação. A Abrasco, por meio de sua comunidade de sócios individuais e coletivos, está em condição de oferecer propostas mais coerentes e comprometidas para o programa nacional de pós-graduação. Ainda com relação aos critérios de avaliação, há necessidade de produzir classificações mais apropriadas de periódicos científicos, livros e produções técnicas objetivando superar as insuficiências e inconsistências vigentes.

A Abrasco poderá também desempenhar papel destacado no estímulo à produção teórica e metodológica sobre os impactos produzidos pelo sistema de avaliação em seus aspectos positivos e negativos. Talvez seja o momento de voltar a produzir uma nova avaliação independentemente de seus programas, passados dez anos da primeira iniciativa.

O mestrado profissional, nova modalidade de pós-graduação estrito senso, tem apresentado forte expansão. Para os sócios institucionais da Abrasco, a demanda por oferta de mestrado profissional vem se avolumando nos últimos anos. Seria interessante promover alguma avaliação do impacto desses programas mediante a análise dos produtos gerados por eles. Outro aspecto importante no que se refere ao mestrado profissional é a necessidade de formulá-lo de modo bastante diferenciado em relação aos cursos de especialização, sob pena de que suas melhores possibilidades se percam no processo.

Contemplando a vocação que a associação tem demonstrado para a internacionalização de sua presença no campo da Saúde Coletiva, ela poderia articular, em parceria com seus associados, iniciativas de formação de pesquisadores para países latino-americanos e países africanos de língua portuguesa, não só com aqueles com o mesmo grau de desenvolvimento científico, mas principalmente com aqueles cujo patamar de desenvolvimento da produção científica em Saúde Coletiva é ainda incipiente. Essas iniciativas precisariam ter a marca da solidariedade e da cooperação para ampliar a capacidade da América Latina de pensar seus próprios problemas e encontrar suas próprias soluções.

Do mesmo modo que na área de formação, as exigências atuais para a política científica e tecnológica são amplas e variadas. Por um lado,

o desenvolvimento da pesquisa estratégica com aplicação de seus produtos em benefício da saúde da população e, por outro, o desenvolvimento de processos técnicos capazes de transformar em produtos úteis os avanços alcançados pelas ciências básicas são exigências incontornáveis. Entretanto, a produção de corte mais acadêmico não poderá ser abandonada sob pena de que o campo sofra a esterilização teórica hoje tão presente em algumas áreas científicas. A produção de conhecimentos comprometida com a soberania nacional, a solução de problemas sociais relevantes, a qualidade e o mérito científico e a ética no seu desenvolvimento e na aplicação de seus produtos devem ser a aspiração da associação nesse âmbito.

A elaboração de um plano diretor para a ciência, tecnologia e inovação em Saúde Coletiva poderia representar um instrumento eficaz para balizar as atividades nesse âmbito. A elaboração desse instrumento não deve significar o desconhecimento das necessidades mais amplas da grande área da saúde como um todo. Entretanto, existem peculiaridades do campo da Saúde Coletiva que merecem um tratamento à parte: quais são os desenvolvimentos, investimentos, fortalecimentos, transformações necessários para que a produção de conhecimentos em Saúde Coletiva se expanda? Que estratégias poderiam ampliar as contribuições do campo? Estas e outras questões poderiam ser analisadas e orientar a elaboração do plano diretor.

Outro ponto essencial para a produção científica, tecnológica e a inovação em saúde como um todo e para a Saúde Coletiva em particular é a criação de instância de fomento no setor saúde, a exemplo das que existem nos países desenvolvidos. Este ponto deve merecer por parte da associação ampla mobilização política objetivando a sua concretização. A criação de uma agência setorial certamente dará maior estabilidade aos avanços já iniciados desde a criação do Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit) pelo Ministério da Saúde.

A aprovação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e da agenda de prioridades em pesquisa, além das atividades desenvolvidas no âmbito do Ministério da Saúde, propõe à associação o desafio de se organizar para avaliar até que ponto essa política chegou a se efetivar, quais as lacunas e limitações em sua implementação e que modificações seriam necessárias para ajustá-la às mudanças ocorridas ao longo do tempo. Com respeito à agenda de prioridades em pesquisa, seria relevante realizar uma avaliação em alguns aspectos, tais como: até que ponto os editais já executados atenderam à agenda da Saúde Coletiva? Qual o peso relativo dos projetos das diferentes áreas que compõem a grande área da saúde? Qual a proporção de projetos financiados em pesquisa

básica, estratégica ou técnica? Quais são as principais características dos projetos apoiados e que resultados esses projetos apresentaram tendo em vista potenciais impactos sociais e científicos?

A Abrasco poderia ainda desempenhar papel de liderança na articulação entre seus sócios institucionais objetivando a realização de pesquisas multicêntricas que pudessem favorecer a troca de experiências entre os grupos nacionais e o fortalecimento de grupos menos consolidados. O mesmo processo poderia se estender para os países vizinhos criando uma rede de colaboração entre pesquisadores do campo no continente.

No campo da divulgação do conhecimento produzido, é importante que a Abrasco mantenha seu compromisso com o acesso livre como vem fazendo até aqui e busque melhorar a indexação de seus periódicos adotando alternativas que permitam dar maior visibilidade à produção nacional em Saúde Coletiva. No que diz respeito à publicação de livros, forma assumida por cerca de um terço da produção acadêmica da área, a associação poderia desempenhar papel de destaque na negociação com editoras dos países de língua espanhola para tradução e edição dos textos aqui produzidos, ampliando a cooperação com os outros países do continente.

Junto com as outras associações científicas reunidas na SBPC, a Abrasco deverá lutar pela ampliação do orçamento destinado à área de ciência e tecnologia no país, além de denunciar sistematicamente o contingenciamento dos recursos destinados para os fundos setoriais de pesquisa. O caráter inconstitucional dessa medida adotada sistematicamente pela equipe econômica do governo deve ser argüido visando à liberação dos recursos escassos que por lei deveriam ser destinados à área científica.

Em relação à Política Nacional de Saúde, certamente a Abrasco continuará atuando como um dos interlocutores privilegiados desse processo; entretanto, sua atuação poderá ser ainda mais destacada na medida em que a associação logre responder com agilidade e posicionamentos oportunos aos desafios constantemente apresentados à consolidação e ao aprimoramento do Sistema Único de Saúde.

A criação da Comissão Nacional de Determinantes Sociais em Saúde, da qual a Abrasco participa, constitui uma nova arena para a atuação da associação no âmbito da promoção da saúde e da articulação intersetorial, acenando com a possibilidade de que a atuação no campo político possa extrapolar o Ministério da Saúde e o Sistema Único de Saúde, recuperando o caráter mais amplo de ação política que marcou a prática da entidade em seus primeiros anos.

As questões pendentes em relação ao Sistema Único de Saúde referentes ao financiamento do sistema, à inserção e gestão dos

trabalhadores e à qualidade dos serviços deverão merecer da Abrasco atenção especial nos próximos anos. O financiamento do SUS será sempre uma questão pendente por pelo menos três motivos: em primeiro lugar, devido ao lento crescimento da economia, a redução significativa dos recursos orçamentários para a saúde; em segundo, as restrições orçamentárias decorrentes do serviço da dívida externa e das despesas com a previdência social; e, finalmente, o encarecimento progressivo do custeio das ações de saúde decorrente da incorporação de inovações tecnológicas. No setor saúde, diferentemente de outros setores econômicos, a introdução de inovações não resulta em redução dos custos, pois as inovações freqüentemente se somam às tecnologias prévias sem substituí-las. Por outro lado, a democratização do Estado possibilita que diferentes grupos de interesses pressionem o governo pela incorporação contínua de inovações.

A Abrasco tem vários papéis a desempenhar nesse aspecto: a articulação política com outros organismos movidos pelos mesmos interesses de defesa das conquistas do SUS; a participação qualificada nos fóruns de controle social como o Conselho Nacional de Saúde; as análises críticas sobre o tema e o incentivo ao desenvolvimento de pesquisas sobre modelos tecnológicos de intervenção que sejam custo-efetivos, por exemplo.

A gestão do trabalho no SUS é outro ponto nevrálgico. A ausência de uma carreira impede que se forme uma burocracia com competência técnica para garantir a qualidade das ações. São justamente as ações coletivas as que mais sofrem o impacto da falta de estabilidade dos profissionais de saúde. O caráter técnico das ações populacionais e a falta de preparo para elas que os profissionais apresentam devido ao enfoque individual dominante na formação fazem com que a atuação em âmbito populacional apresente uma série de insuficiências. A precarização das relações de trabalho não compromete apenas a seguridade social para os trabalhadores e seus dependentes; ela compromete também a qualidade do exercício das funções públicas.

A Abrasco está em condições de formular propostas sobre a gestão do trabalho para os profissionais de Saúde Coletiva e, junto com outras instituições representativas das categorias profissionais, buscar soluções para esse aspecto fundamental no funcionamento do sistema.

A qualidade dos serviços é também um grande desafio. É inegável a extensão de cobertura em atenção básica e assistência hospitalar secundária possibilitada pelo SUS, mas ainda há sérios problemas de desigualdade no acesso à assistência especializada e de alta complexidade, além de muito espaço para a melhoria de qualidade. A Abrasco pode enfrentar essa questão

incentivando a realização de pesquisas avaliativas, a elaboração de propostas para a organização do trabalho visando à qualidade do atendimento e, principalmente, a formação de profissionais que tenham a qualidade técnica e a humanização do atendimento entre suas prioridades.

No âmbito organizacional da própria associação, algumas idéias poderiam ser postas em prática para melhorar o desempenho da Abrasco. Uma possibilidade a ser considerada seria a criação de uma assembléia virtual dos sócios institucionais favorecendo a participação permanente e orgânica das instituições associadas nas deliberações e atividades da associação. A articulação permanente entre o trabalho de comissões, grupos temáticos, diretoria e sócios institucionais poderia propiciar dinamismo ainda maior à atuação da Abrasco.

Outro ponto a ser enfrentado é a busca de uma sede mais adequada, assim como a realização de uma forte campanha de filiação, visto que o número de sócios é relativamente pequeno para o tamanho do campo da Saúde Coletiva no país.

Mais um aspecto que poderia melhorar o desempenho da Abrasco seria a 'especialização' das vice-presidências, ou seja, a tentativa de descentralizar as responsabilidades hoje muito centradas na figura do presidente. Se a diretoria tivesse uma nítida divisão de atribuições entre os seus componentes e conseguisse realmente trabalhar de maneira colegiada, certamente haveria a otimização das capacidades e respostas mais oportunas aos diferentes problemas que se apresentam durante cada gestão.

Por mais que 'o feito' seja realmente impressionante diante da infra-estrutura disponível e do pouco tempo de existência da associação, o 'por fazer' é ainda mais desafiador. Felizmente, a Abrasco "somos nós, nossa força e nossa voz", como gosta de ressaltar José Noronha. É o trabalho coletivo e solidário de muitos que permite à Abrasco ocupar o lugar que ocupa na sociedade brasileira, ter a capacidade convocatória que demonstra anualmente ao organizar seus grandes eventos científicos, garantir a produção e a divulgação de conhecimentos científicos com qualidade e, principalmente, ser uma das vozes sempre presentes na defesa da vida com qualidade, da saúde da população brasileira.

Fontes bibliográficas

ABRASCO. Abrasco propõe texto sobre saúde para a Constituinte. *Boletim Abrasco*, 5(19), 1986.

ABRASCO. *Boletim Abrasco*, 89, 2003.

ABRASCO. 25 anos de compromissos e lutas pela saúde dos brasileiros. Transcrição da cerimônia comemorativa dos 25 anos de criação, 2004.

ABRASCO. 25 anos de compromissos e lutas pela saúde dos brasileiros. *Boletim Abrasco*, 92, 2004.

BELISÁRIO, S. A. *Associativismo em Saúde Coletiva: um estudo da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Abrasco*, 2002. Tese de Doutorado, Campinas: Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). (Mimeo.)

CNPQ PLATAFORMA LATTES 2006. <http://www.cnpq.br>.

COIMBRA JR., C. E. A. Uma conversa com Frederico Simões Barbosa. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(1):145-155, 1997.

COUTINHO, E. M. Frederico Adolfo Simões Barbosa (1916-2004). *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 37(5):427-428, 2004.

Imagem 9 – *Boletim Abrasco*, 90, maio.2004. p.5.

CARTA DE NATAL PEDE EQUIDADE NA SAÚDE

Com intuito de contribuir com a qualificação da gestão do SUS e a melhoria da atenção à saúde da população, considerando as diversidades existentes no conjunto dos 5.560 municípios brasileiros, e de incorporar a pauta da cultura da paz e da não violência no conceito da saúde como qualidade de vida, realizou-se o XX Congresso Nacional dos Secretários Municipais de Saúde articulado ao I Congresso Brasileiro de Saúde, Cultura de Paz e Não Violência, reunindo secretários municipais de saúde do Brasil, na cidade de Natal, Rio Grande do Norte, no período de 18 a 20 de março de 2004.

Considerando as reflexões e debates ocorridos durante as mesas e oficinas temáticas, deliberou-se pelas proposições seguintes, que deverão nortear a atuação do CONASEMS, dos COSEMS e dos municípios.

1. Construir um novo pacto da gestão do SUS, que respeite a autonomia das esferas de governo, exija o cumprimento de suas competências no SUS, e substitua a excessiva normatização e a lógica de habilitação por outra de adesão e de compromissos com resultados.

2. Desenvolver um novo modelo de financiamento que seja balizado pela eqüidade; respeite as especificidades locais e regionais; supere o repasse fragmentado por projetos e programas e estimule a solidariedade entre as três esferas de governo, garantindo maior participação da esfera estadual. Nesse sentido, reafirma-se, neste momento, apoio irrestrito a regulamentação da Emenda Constitucional 29 que assegure as bases desse modelo.

3. Definir um conjunto de estratégias e implementar políticas voltadas ao processo de formação e educação permanente dos profissionais de saúde, bem como dos mecanismos de gestão do trabalho, priorizando:

- a criação de um sistema de acreditação para graduação, formação técnica e especialização;
- a criação e manutenção de centros de educação permanente municipais ou loco-regionais e fortalecimento das escolas técnicas;
- o desenvolvimento de políticas de interiorização e fixação de profissionais de saúde (concurso, educação permanente e incentivo monetário);
- o combate a precarização das relações de trabalho;
- a realização de concursos públicos;
- a implantação de planos de cargos, carreiras e salários do SUS com destaque para a carreira nacional SUS de base local;
- O apoio aos dos pólos de capacitação;
- A implantação das mesas de negociação do SUS;
- Pactuar na CIT critérios e formas de compensação aos municípios referentes à perda por aposentadoria ou transferência de servidores anteriormente cedidos por outras esferas de governo.

4. Reafirmar a importância da organização da atenção à saúde, através de:

- qualificação da atenção básica, com estratégias que trabalhem o princípio da integralidade da atenção mediante a adscrição, territorialização, vínculo e acolhimento;
- respeito à diversidade na forma de organização de serviços e regionalização;
- atenção especial às populações e grupos mais vulneráveis;
- constituição de redes assistenciais articuladas e solidárias entre si;
- constituição de complexos regulatórios, que utilizam o critério de necessidade para garantia de acesso com equidade. Para tanto é necessária a implantação de centrais de regulação ambulatorial, hospitalar e de urgência, sob comando do gestor municipal, financiado pelas três esferas de governo, através recursos para implantação e manutenção destes complexos;
- implementação imediata das ações inseridas na política de informação e informática da saúde, principalmente no que diz respeito à efetiva implantação do cartão SUS e a racionalização e simplificação dos sistemas de informação e
- Sensibilização dos órgãos competentes para garantir a cobertura dos serviços de telefonia em todos os municípios brasileiros.

5. Reafirmar o total apoio às instâncias de pactuação (Comissões Intergestores bi e tripartite)e o efetivo Controle Social através dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de saúde, enfatizando as deliberações da XII Conferência Nacional de Saúde.

- Incorporar os princípios da cultura de paz e não violência:
- na adoção da intersetorialidade caracterizada pelo estabelecimento de redes de solidariedade para a construção de novas práticas sociais visando o desenvolvimento e a promoção da saúde da população como qualidade de vida;
- maior envolvimento e participação do setor saúde com os movimentos sociais locais e
- nas relações cotidianas da atenção à saúde entre equipes, profissionais e população atendida.
- Como forma de encaminhamento não só das proposições aqui colocadas, mas de todas as propostas e sugestões formuladas pelos grupos de trabalho, serão encaminhados todos os relatórios finais aos núcleos temáticos do CONASEMS que embasarão a conduta da entidade nos pactos formalizados no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite

Natal, 20 de marco de 2004

Imagem 10 – Charge de Jaguar. Fundação Oswaldo Cruz. *Só Rindo da Saúde: VI Salão Carioca de Humor*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, s.d.

O SUS no ano 2000:

Novos rumos, antigos (des)caminhos?

Imagem 11 – Charge de Tibúrcio publicada no *Boletim Abrasco*, 77, abr.-jun.2000, p.1, referente ao editorial.

4. Atuação da Abrasco em Relação ao Ensino de Pós-Graduação na Área de Saúde Coletiva

Maria Cecília de Souza Minayo

A pós-graduação em Saúde Coletiva, no estrito e no lato senso, é o coração da Abrasco, na medida em que ela se constitui como uma associação científica e porta o termo 'pós-graduação' na composição do próprio nome. Por essa razão, este texto trata da instituição na perspectiva de sua função precípua, a formação de recursos humanos, função a partir da qual ela tem uma fala qualificada nas políticas, na gestão, na atenção à saúde e nas representações institucionais no país e internacionalmente.

Desde o primeiro momento de existência da associação, as questões de ensino e pesquisa estiveram presentes em sua práxis, embora a priorização de determinados aspectos venha ocorrendo em momentos diferenciados. Num primeiro instante, sua ênfase recaiu mais sobre o nível de pós-graduação *lato sensu*; num segundo, predominou seu engajamento nas questões de políticas de saúde e, nos últimos anos, na relevância dada à pós-graduação *stricto sensu* (Belisário, 2002).

A Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, em diversos momentos da história, realizou diagnósticos sobre ensino e pesquisa nas várias modalidades de pós-graduação, bem como em áreas específicas, como nas ciências sociais, no planejamento e administração e na epidemiologia, como destacam Nunes & Costa (1997). A memória da instituição mostra também a realização de uma série de encontros, oficinas e seminários setoriais, objetivando a articulação dos cursos de Saúde Pública *stricto sensu*, de especialização e de residência em medicina preventiva e social, além dos congressos.

Embora nenhum nível de ensino, inclusive o de graduação, tenha ficado esquecido em toda a trajetória da Abrasco, na década de 90 se observou um investimento maior na perspectiva de formação de recursos humanos nos níveis de mestrado e doutorado. Da metade da década de 80 até o início dos anos 90 – correspondendo ao período da VIII Conferência, da Constituição de 1988, da elaboração da Lei Orgânica da Saúde e do início da implementação do Sistema Único de Saúde, o SUS –, a associação enfatizou mais seu papel na formulação das políticas de saúde e na assessoria à sua implementação e, a partir de 1992, retornou ao seu papel precípuo no âmbito da formação de recursos humanos, agora dando ênfase ao nível de mestrado e de doutorado. Esta última é uma etapa de reestruturação e reafirmação pressionadas por transformações pelas quais o setor saúde vinha passando, o que exigia um novo perfil profissional na área da Saúde Coletiva. Tal momento também foi marcado por uma intensificação da divulgação da produção científica da entidade, com investimento numa livraria que passou a atender a leitores, professores e estudantes de todo o país, além do incremento dos veículos de divulgação e de publicações próprias, com a criação de duas revistas especializadas.

Sem ter um papel regulador e normativo que cabe às instituições e ao Ministério da Educação por meio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), a associação congrega e apóia professores, pesquisadores e coordenadores, orienta a filosofia dos cursos, divulga conhecimentos e sistematiza a situação da área no nível de formação pós-graduada. Nesse particular, ela tem uma atividade semelhante a todas as outras instituições científicas brasileiras, muitas delas surgidas na mesma década de 70, em pleno regime militar, quando a organização da sociedade civil deu passos importantes, dentre outros motivos, criando espaços de liberdade de expressão e de interesses. A Abrasco também atua na relação com as instituições de avaliação e fomento, indicando nomes para compor comissões e mediando demandas dos coordenadores de cursos e também de pesquisadores, visando garantir a identidade e a unidade orgânica da área. Esse foi o caso recente do documento "Em nome da Saúde Pública/ Saúde Coletiva", levado a público em dezembro de 2005. Nessa ocasião, a Abrasco interveio numa comissão da Capes, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/Ministério da Ciência e Tecnologia (CNPq/MCT) e da Financiadora de Estudos e Projetos (Finep/ MCT), que haviam apresentado uma nova tabela de áreas de conhecimento, desconhecendo a *racionale* do campo da Saúde Coletiva (Abrasco, 2005).

Este texto dará ênfase ao papel da Abrasco em relação à pós-graduação *stricto sensu*, mas tratará brevemente de sua importância na

trajetória da formação de recursos humanos para a residência médica em medicina preventiva e social e em especialização em Saúde Pública/Coletiva. Não existe aqui um julgamento de valor sobre os três níveis. Apenas é preciso dizer que as avaliações sistemáticas vêm ocorrendo somente no âmbito da pós-graduação *stricto sensu*, de tal forma que, para fazer uma análise detalhada e atualizada do seu papel no nível *lato sensu*, seria preciso realizar uma pesquisa de campo sobre o que vem acontecendo do ponto de vista quantitativo e qualitativo. Infelizmente, essa importante tarefa não foi realizada.

Importância da Abrasco para a Formação da Pós-Graduação *Lato Sensu*: especialização e residência em medicina preventiva

Os dados mencionados aqui são uma compilação das informações de Belisário (2002) com base na pesquisa realizada para sua tese de doutorado, em que traça, minuciosamente, a história da Abrasco. No capítulo 6, a autora discorre sobre o papel da associação na formação de recursos humanos. Pode-se observar, pela documentação utilizada por Belisário, que existe pouco material para se fazer uma avaliação aprofundada das relações dessa entidade com os cursos de pós-graduação *lato sensu*. Como ela lembra muito bem, os registros existentes constituem material muito simples de memória de encontros e reuniões, realizados com objetivos específicos, como se verá a seguir. Significa que não houve até hoje, na Abrasco, nem uma pesquisa avaliativa que pudesse dimensionar a magnitude dessas iniciativas, nem estudos qualitativos que evidenciassem, com mais rigor, o significado delas para a área, embora alguns presidentes da instituição, entrevistados por Belisário, lamentem não terem tido condições objetivas para fazer isso.

Apesar dessa escassez de documentos históricos e científicos, os encontros permitem ver os movimentos internos e externos que marcam a evolução e a involução do papel da Abrasco na formulação dessa modalidade de formação. Todos os registros ressaltam que o maior investimento da associação nesse sentido ocorreu do final dos anos 70 até meados dos anos 80. Sua presença, então, se fez sentir nas residências médicas e nos cursos de especialização. No início dos anos 80, vários fóruns, seminários, encontros e reuniões nesse nível de pós-graduação foram realizados.

Os objetivos de tais encontros eram, em geral, a realização de diagnóstico da situação do ensino e da pesquisa nessas modalidades de

pós-graduação e nas áreas específicas de conhecimento; a avaliação da inter-relação dos programas com os serviços de saúde; o levantamento de seus principais problemas e dificuldades; a promoção do conhecimento; o efetivo intercâmbio entre os docentes, pesquisadores, alunos e pessoal de serviço de áreas afins; e a definição de estratégias comuns de trabalho. No caso dos cursos de especialização e de residência, os seminários e reuniões concentravam-se na questão do ensino profissional, no sentido de produzir capacitação e formar massa crítica na área.

No final dos anos 70 e início dos anos 80, o mercado de trabalho – tanto para os que faziam residência em medicina preventiva e social como para os especialistas em Saúde Pública – apresentava forte tendência expansionista, em virtude do interesse do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) de contratar esses profissionais. Nessa conjuntura, esse tipo de recursos humanos tornava-se vital para a operação e o desenvolvimento de novas atividades, preconizadas no planejamento do setor saúde, principalmente no âmbito da Previdência Social.

Estudo realizado sobre essa época (Belisário, 2002) demonstra que, em 1979, o Inamps programava absorver 1.800 profissionais da área de Saúde Pública e Medicina Social, colocando como tarefa prioritária, para a primeira diretoria da Abrasco e seus afiliados, apresentar uma proposta que mostrasse a 'inadiável' necessidade de incorporação desses profissionais mediante concurso público até 1983. Infelizmente, esse propósito não foi alcançado.

À medida que o sistema Inamps foi se desfazendo e todas as suas atividades se integrando ao Ministério da Saúde, houve uma queda na demanda por profissionais especialistas. A residência em medicina preventiva progressivamente perdeu espaço e *status*, perda essa advinda, dentre outros fatores, do fato de ela se constituir numa modalidade longa de formação, da retração do mercado de trabalho e também das dificuldades de compatibilização de uma formação interdisciplinar com uma carreira tipicamente médica. Em geral, as residências em seu formato tradicional ocorriam no interior da formação em medicina *stricto sensu*, e a área de Saúde Coletiva, intrinsecamente interdisciplinar, até hoje não conseguiu legitimar o reconhecimento de sua residência multiprofissional pelo Ministério da Educação.

A despeito de alguns programas multiprofissionais continuarem a trabalhar com saídas alternativas, oferecendo o título de especialistas a profissionais não médicos que cursam a residência em Saúde Pública/ Coletiva, essa é uma questão que se mantém como desafio para a associação. Como fruto das tentativas da Abrasco, o máximo que se

conseguiu foi a construção e a publicação da Resolução 16/1981 da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), que delimitou o espaço e definiu os objetivos dessa modalidade de formação para os médicos que cursavam residência em medicina preventiva e social.

A mudança de perspectiva de enfoque da própria associação vai progressivamente indicar um certo abandono da formação dos especialistas em Saúde Coletiva/Saúde Pública, levando a um declínio da preocupação com os cursos de pós-graduação *lato sensu*. Diferentemente do ímpeto dos primeiros anos, os cursos de pós-graduação *lato sensu* ficaram um pouco à margem das discussões da associação, coincidindo com o desinteresse dos profissionais médicos pela formação básica em Saúde Pública. Ganharam importância os cursos específicos em subáreas de conhecimento, o que mostra uma tendência de especialização disciplinar – mesmo assim, ao longo do tempo, muitos cursos oferecidos foram se esvaziando. É bem verdade que alguns, como o de saúde do trabalhador, de preparação de profissionais para lidar com a saúde dos idosos e sobre saúde mental (no âmbito da Saúde Coletiva), continuaram pujantes e com uma demanda expressiva. Muitas dessas iniciativas passaram, ao longo do tempo, a ser organicamente articuladas à formação de pós-graduação *stricto sensu*. No terceiro volume da série *Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*, publicado em 1983 (apud Belisário, 2002), a Abrasco introduziu a discussão de temas específicos por meio de grupos de trabalho constituídos por especialistas, produzindo uma série de informes técnicos que apontavam essa tendência de especialização por subáreas como nova estratégia na abordagem das questões relativas ao ensino e à pesquisa em Saúde Coletiva.

Ainda em 1983, a Abrasco promoveu, junto com a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), um grande fórum sobre o ensino de Saúde Pública/Coletiva na graduação. Reuniu docentes de medicina preventiva e social das 76 escolas médicas existentes no país, naquela época, para: a) discutir um plano de ação para o ensino na graduação com base na transformação dos conceitos e práticas de serviços de saúde e do ensino médico; b) rever a evolução ocorrida no movimento brasileiro de medicina preventiva; e c) debater as tendências recentes do mercado de trabalho e proposições estratégicas para um programa nacional de desenvolvimento do ensino da medicina preventiva e social. No fórum, fez-se um breve diagnóstico da situação do ensino na graduação. Dentre as recomendações, foi sugerido que a Abrasco estabelecesse um núcleo de reflexão sobre a graduação. No entanto, tal objetivo não foi alcançado até o momento presente.

Não é possível delongar a reflexão sobre o papel da Abrasco na pós-graduação *lato sensu* e, muito menos, em relação à graduação. Não que esses níveis de formação devam ser considerados menores ou menos importantes, mas porque faltam documentos ou pesquisas empíricas que dêem o devido embasamento. Pode-se depreender, seguindo o fio que tece o conjunto das atividades da associação em relação à formação de recursos humanos, algumas tendências: a) maior exigência do mercado de trabalho do setor, puxando para cima as exigências de formação para o nível *stricto sensu*, o que redundou, do ano 2000 em diante, nos mestrados profissionais; b) urgência e relevância de produzir outros tipos de formação ou mais rápidas, ou mais intensivas ou pela modalidade de ensino a distância, de modo a atender a todo o processo de descentralização inaugurado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição de 1988, e depois pela Lei Orgânica da Saúde, de 1990. Esse movimento de mudanças se tornou explícito na década de 90. Ele não acabou com nada do que vinha ocorrendo, mas rearrumou as demandas do setor em outro patamar ou em outras direções.

Importância da Abrasco para a Pós-Graduação *Stricto Sensu*

A seguir se busca descrever e analisar o importante papel da Abrasco na construção da pós-graduação *stricto sensu* da área de Saúde Coletiva/Pública/Medicina Preventiva e Social/Medicina Social. E, também, mapear os caminhos de possibilidades ainda a serem construídas. É dada ênfase à pesquisa avaliativa realizada pela instituição em 1995-1996, como um momento de inflexão na gestão da associação com referência a essa importante construção coletiva.

Desde o seu nascimento, a Abrasco realizou ações para conhecer e orientar a política de formação e de pesquisa na pós-graduação *stricto sensu*. Os documentos existentes mostram que, em nome da associação, Magaldi & Cordeiro (1983) fizeram um primeiro levantamento que cobriu os seis primeiros programas, dois com mestrado e doutorado e quatro só com mestrado, existentes em 1981. Em 1982, Marsiglia & Rossi (1983) sistematizaram, também no âmbito da Abrasco, vários aspectos relativos à pesquisa, ao ensino e ao corpo docente dos cursos vigentes. Igualmente, no ano seguinte Temporão & Rivera (1983) publicaram uma caracterização dos docentes das disciplinas de planejamento e administração em saúde. Posteriormente, Cohn & Nunes (1988) fizeram uma análise sobre as características dos oito programas existentes na época. Todos esses trabalhos

e seus resultados estão citados em Nunes & Costa (1997), em artigo que apresenta as conclusões de uma pesquisa referente aos cursos de mestrado e doutorado – um estudo sobre as disciplinas básicas. Cita-se ainda uma investigação sobre pesquisa em epidemiologia no Brasil, realizada por Guimarães, Lourenço & Cosac (2002), encomendada pela Comissão de Epidemiologia da Abrasco e publicada na série *Estudos em Saúde Coletiva*, número 216. Além desses estudos sistemáticos, em todos os congressos da associação, ao longo do tempo, os coordenadores dos programas vêm se reunindo, socializando problemas, propostas e soluções.

O investimento mais aprofundado e abrangente destinado aos programas de pós-graduação, liderado pela Abrasco, ocorreu em 1995-1996. A associação reuniu alguns de seus melhores pensadores, propondo-lhes uma pesquisa avaliativa sobre os seguintes aspectos: a) construção dos programas; b) conteúdo da formação; c) perfil da demanda pelos cursos; d) perfil dos egressos; e) especificidade da produção científica; f) difusão científica. Tal iniciativa, corroborada em todos os momentos por consultores externos, deveu-se a vários fatores, todos eles visando contribuir para o aprimoramento do pensamento científico da área. A pesquisa avaliativa foi concebida pela diretoria da Abrasco dos anos 1992-1994, organizada e coordenada pela gestão seguinte (Minayo, 1997; Minayo & Costa, 1998) e financiada em parte pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). O empenho da Abrasco se justificava ante várias razões de elevada relevância, principalmente porque todos os estudiosos brasileiros, dentre eles R. Guimarães (2004) e J. Guimarães (2004), mostram que a pós-graduação *stricto sensu* no Brasil constitui o nicho da produção, da gestão e da política de ciência e tecnologia do país. É no âmbito das pós-graduações que cresceu aceleradamente o ritmo das pesquisas e o número de grupos de pesquisa do país, num processo de desenvolvimento muito acima da média de incremento da área de ciência e tecnologia em âmbito internacional. Conforme escreve J. Guimarães (2004:307):

> Vale destacar que em 1981 o Brasil, com uma produção de 1.887 artigos [indexados no Science Indicators (ISI)] correspondendo a um índice de 0,44% da produção mundial, ocupava a 27ª posição no ranking global da C&T. Já em 2001, com um total de 10.555 artigos [apenas os computados nessa base de dados], equivalendo a 1,44% do total mundial, o Brasil subiu nove pontos nessa escala, passando a ocupar a 18ª posição. Nesta escalada, foram ultrapassados 13 países, muitos dos quais com longa tradição científica como África do Sul, Áustria, Bélgica, Dinamarca, Escócia, Finlândia, Hungria, Israel, Noruega, Nova Zelândia, Polônia, Tchecoslováquia/República Tcheca e Ucrânia.

Para que se tenha idéia da dimensão do programa de avaliação da Capes que se constitui como o nicho brasileiro do mais alto nível de formação e celeiro de produção científica, serão mostrados em tabelas e gráficos a seguir alguns dados provenientes das estatísticas da Capes e retirados do *site* <http://www.capes.gov.br>.

Tabela 1 – Dados gerais da avaliação de 2001-2003

Cursos avaliados: 2.861
Doutorado: 1.020
Mestrado acadêmico: 1.726
Mestrado profissional: 115
Número de programas: 1.819
Número de cursos: 2.861
Alunos titulados: 35.724
Doutorado: 8.094
Mestrado: 25.978
Mestrado profissional: 1.652
Alunos matriculados (dez.): 112.214
Doutorado: 40.213
Mestrado: 66.936
Mestrado profissional: 5.065
Alunos novos (matrícula 2003): 46.648
Doutorado: 11.343
Mestrado: 32.853
Mestrado profissional: 2.452

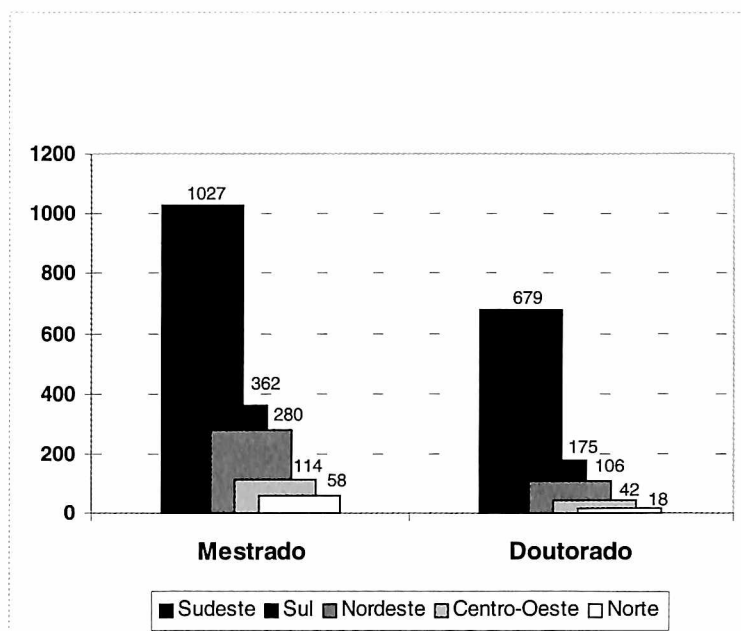
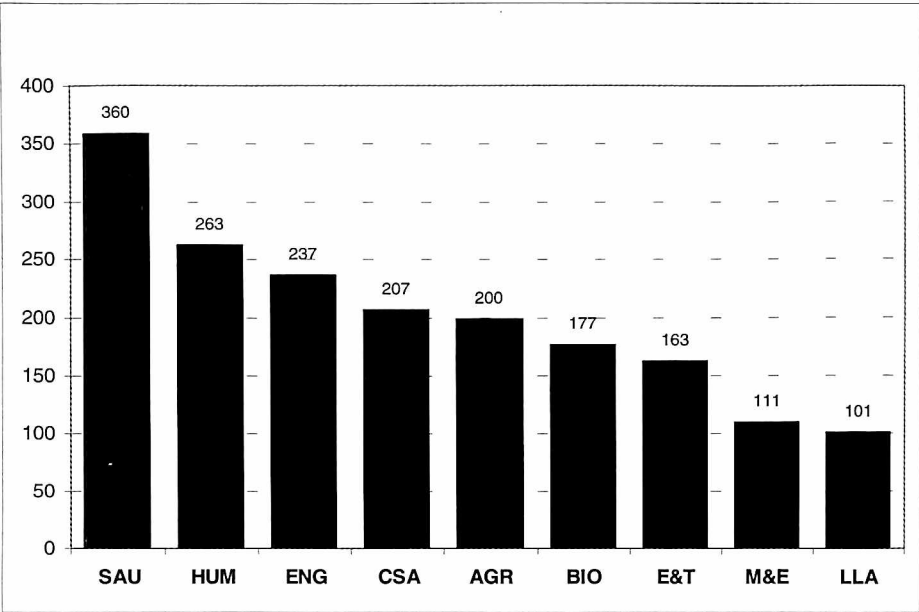
Gráfico 1 – Distribuição dos cursos de pós-graduação/região – 2004

Região	2004		
	Mestrado	Doutorado	Total
Norte	58	18	76
Nordeste	280	106	386
Sudeste	1.027	679	1.706
Sul	362	175	537
Centro-Oeste	114	42	156
Total	1.841	1.020	2.861

Gráfico 2 – Distribuição dos programas por grande área do conhecimento 2004

LEGENDA:

SAU - Ciências da Saúde
HUM - Ciências Humanas
ENG - Eng.as e C. da Computação
CSA - Ciências Sociais Aplicadas
AGR - Ciências Agrárias
BIO - Ciências Biológicas
E&T - Ciências Exatas e da Terra
M&E - Multidisciplinar e Ensino
LLA - Lingüística, Letras e Artes

Grande Área	2004	%
Ciências da Saúde	360	19,8
Ciências Humanas	263	14,5
Eng.as e C. da Computação	237	13,0
Ciências Sociais Aplicadas	207	11,4
Ciências Agrárias	200	11,0
Ciências Biológicas	177	9,7
Ciências Exatas e da Terra	163	9,0
Multidisciplinar e Ensino	111	6,1
Lingüística, Letras e Artes	101	5,6
Total	1.819	100,00

Tabela 2 – Evolução da pós-graduação no período 1987-2003

	Anos								
	1987	1989	1991	1993	1995	1997	1999	2001	2003
Programas	815	919	1.019	1.120	1.230	1.274	1.424	1.551	1.819
Titulados – Doutorado	868	1.047	1.489	1.803	2.528	3.620	4.853	6.040	8.094
Titulados – Mestrado	3.647	4.727	6.811	7.609	9.265	11.922	15.380	20.032	27.630
Alunos novos – Doutorado	1.786	2.416	3.509	4.132	5.331	6.199	7.903	9.101	11.343
Alunos novos – Mestrado	9.440	11.432	12.768	13.633	17.746	17.570	23.837	28.074	35.305

O investimento da Abrasco no aprimoramento da pós-graduação em Saúde Coletiva tem sido fundamental, apoiando os processos de avaliação da Capes e também promovendo a orientação filosófica, política e dos conteúdos de ciência e tecnologia gerados na área.

Além das razões fundamentais citadas e que dizem respeito ao desenvolvimento do país, houve duas outras motivações muito fortes que empurraram a Abrasco a liderar a iniciativa de realização dessa pesquisa avaliativa exatamente no período de 1995 e 1996. Vale a pena esclarecê-las, pois ao fazê-lo se identifica com mais nitidez o papel da associação na dinâmica dos programas. A primeira foi gerada externamente e se deveu a uma reação ao processo de organização do Comitê Assessor da Área (CA) pelo CNPq no biênio 1993-1994. Naquele momento conjuntural, havia forte dominância de cientistas das áreas básicas e quantitativas (assim continua, por que não dizê-lo?) nas instâncias decisórias do CNPq. Essas instâncias, desconsiderando lideranças importantes dos programas de pós-graduação e de pesquisa em Saúde Coletiva, haviam organizado um Comitê Assessor da Área – que tem por tarefa avaliar projetos e classificar os pesquisadores na carreira criada pelo CNPq – com doutores que tinham muito pouca adesão e compreensão do campo da Saúde Coletiva ou eram totalmente externos ao ramo. Eram pesquisadores com elevada e compatível quantidade de artigos publicados em suas disciplinas específicas. Essa decisão contrariou as indicações dos pesquisadores de Saúde Coletiva que tinham direito a voto[1] e a indicação da Abrasco. Ora, na peculiaridade da organização da área de ciência e tecnologia do país, como já dito, há uma relação quase siamesa entre os resultados de avaliação da Capes – a qual avalia o mérito e classifica os programas de pós-graduação – e o julgamento de mérito dos pesquisadores e de suas pesquisas pelo CNPq.

Certamente, depois de todos os protestos e intervenções cabíveis no CNPq, reagindo à forma como foi constituído o Comitê Assessor (CA), a diretoria da Abrasco resolveu partir para uma atuação diferenciada que marcasse sua posição e lhe permitisse afirmar e reafirmar a identidade e a qualidade da produção em Saúde Coletiva. Decidiu-se então fazer uma avaliação dos programas de pós-graduação (PPG), com base nas relevâncias estabelecidas pela própria associação, mas dentro dos parâmetros científicos do campo da avaliação de ciência e tecnologia. Agindo dessa maneira, a

[1] O CNPq, cada vez que vai escolher a composição de um novo Comitê Assessor (CA) da área, faz ampla consulta aos pesquisadores de carreira que a compõem e que estão classificados no nível 1 (A, B, C) e também às instituições científicas que representam a área. O nível 1 congrega os investigadores mais experientes e produtivos no sistema de ciência e tecnologia do país.

associação tentava vocalizar suas reivindicações, apoiada em dados e informações valiosos, desmontando uma razão apenas instrumental e reducionista do campo de conhecimento em Saúde Coletiva. Em momento algum a instituição questionou as normas e os critérios do CNPq e da Capes, o que não teria sentido algum.

No caso da sua pesquisa avaliativa, a Abrasco buscou e conseguiu apoio técnico e financeiro das duas instituições (CNPq e Capes) e fez um trabalho integrado com elas, o que deu também mais legitimidade às informações que trouxe com a pesquisa avaliativa. Fazendo uma analogia com a teoria dos sistemas que aumentam seu nível de complexidade e resposta quando há ruídos ou crises (Atlan, 1991), a diretoria da associação conseguiu transformar a dificuldade de compreensão que ocorreu nas relações com o CNPq em matéria para seu crescimento e desenvolvimento.

A segunda razão para a abrangente avaliação de 1995-1996 foi endógena. Dois problemas recorrentemente se apresentavam quase como estruturantes do imaginário dos profissionais do campo. Um deles, o mais sério e quase sem solução,[2] é o que diz respeito à delimitação da área, cujo encaminhamento, naquele momento (1995-1996), se afigurava como crucial. Havia, no âmbito da Capes, ou sem o conhecimento dessa agência, vários pleitos e iniciativas de criação de programas novos, muitos deles de forma totalmente oportunista. No cumprimento da Lei de Diretrizes e Bases, o Ministério da Educação estava pressionando as instituições de ensino superior (sobretudo as privadas) para que aumentassem o seu nível de qualidade. Um dos fortes requisitos dessa classificação (em faculdades, centros universitários ou universidades, em ordem crescente) era que nas instituições de ensino superior houvesse um certo número de programas de pós-graduação *stricto sensu*. Muitas dessas entidades, premidas pelo interesse de preservar seu *status* e seu nome, consideraram que um dos mais fáceis programas a serem criados seria o de 'Saúde Coletiva', uma vez que este não exigia grandes investimentos em equipamentos e laboratórios. Tais decisões estavam sendo tomadas à revelia da Abrasco (e, freqüentemente, da Capes) sem que as instituições tivessem tradição na área ou professores com formação específica. Algumas delas chegaram a reunir doutores das mais distintas e impróprias formações para a Saúde Pública, acreditando que conseguiriam aprovar seus programas na Capes.

[2] Numa reunião sobre periódicos científicos realizada nos Estados Unidos em 2005, todos os editores se queixavam das dificuldades encontradas para delimitar o campo da 'Saúde Pública'. É importante lembrar também que o termo 'Saúde Coletiva' é uma invenção brasileira – sendo aos poucos adotado em alguns países da América Latina – e o termo 'Saúde Pública' é universal.

O outro motivo interno foi que, deveras, havia muitos mitos sobre a pós-graduação em Saúde Coletiva que vinham sendo reproduzidos pelos próprios profissionais da área. Alguns diziam que 'Saúde Coletiva' seria uma área cientificamente nova e imatura e que a Capes deveria ter condescendência ao julgar os programas, não devendo compará-los com os de outros setores. Outros julgavam que havia um tal grau de peculiaridade nesse campo que o julgamento do mérito de seus cursos e professores não poderia seguir padrões e normas estabelecidos para todos. Outros ainda, e no mesmo sentido do segundo argumento, diziam que as publicações científicas dos pesquisadores em Saúde Coletiva tinham elevada relevância acadêmica e social, mas eram incompatíveis com os critérios estabelecidos pela Capes. A razão principal deste último 'mito' era uma contraposição de muitos pesquisadores da área à avaliação da Capes, que priorizava a publicação de artigos na crença de que a maioria das obras dos doutores e pesquisadores dos programas de Saúde Coletiva, menos os de epidemiologia, se constituísse de livros, relatórios e informes técnicos.

Transformou-se a pesquisa avaliativa, portanto, numa necessidade. E seus resultados puderam esclarecer muitas questões obscuras para dentro e para fora da associação. Para dentro, vários mitos foram desvelados e serão tratados a seguir. Esse estudo partiu de algumas hipóteses:

1. A pós-graduação em Saúde Coletiva usufrui dos méritos e dos problemas de todos os programas semelhantes no país. Essa hipótese assinala o óbvio reconhecimento de que a área não está nem deve ficar fora do contexto nacional e internacional de ciência e tecnologia. Mas leva em conta, também, algumas características específicas: inexiste graduação em Saúde Pública/Coletiva, o que dificulta a assimilação de conceitos; ela trabalha com pessoas das mais diferentes formações; e constitui uma área de conhecimento que tem uma articulação intrínseca com políticas públicas e práticas, desde os precursores do século XIX (Nunes, 1999).

2. Existe uma progressiva mudança no perfil de demanda pelos cursos, sobretudo de mestrado. De uma clientela oriunda de universidades e centros de pesquisa, a procura dos programas estaria se encaminhando prioritariamente para abranger gestores e profissionais do serviço. Essa inflexão significaria uma busca por qualificação desses atores (que atuam na prática) e estaria impulsionada pela revolução da sociedade do conhecimento e do mercado público e privado de trabalho em saúde, cada vez mais rigoroso quanto à formação dos profissionais.

3. Há uma exigência social de que os estudantes de pós-graduação sejam mais bem formados quanto a conteúdos e técnicas. Nessa hipótese, se assume a crítica cada vez mais persistente de ex-alunos e das instituições quanto ao 'saber fazer'. O conteúdo teórico e pragmático da formação estaria sendo subsumido por uma orientação discursiva geral e política do setor. Portanto, haveria uma demanda à Abrasco para que ela arbitrasse uma agenda mínima de conteúdos, produtos e metodologias de abordagem da realidade.

A pesquisa avaliativa teve forte componente de auto-avaliação no sentido estrito do termo, considerando-se a auto-avaliação como o primeiro passo para o caminho da aprendizagem e de transformação na condução do processo avaliativo, na medida em que conta com a contribuição de todos os atores envolvidos nos processos em análise. No caso, coordenadores dos programas iniciaram uma dinâmica interna de consulta e redigiram documentos, configurados conforme padrões de desempenho da própria instituição e sem o propósito de classificação ou de comparação com outras áreas.

O processo de investigação liderado pela Abrasco teve, principalmente, o propósito de abranger outras questões que a avaliação da Capes, por causa dos seus objetivos, não conseguia aprofundar. Interessava à Abrasco saber, pela sua missão de promover o pensamento e a prática de Saúde Pública, qual seria o arcabouço da formação científica da área e se ela se coadunava com os princípios e a filosofia que a associação professa; quem é quem na demanda pelos cursos de mestrado e doutorado da área, uma vez que, em sua totalidade, os programas estão abertos a múltiplas formações e profissões; e também onde estão e o que fazem os egressos dos programas. Não foi possível estender para uma avaliação dos egressos – embora esta fosse uma meta proposta no projeto de pesquisa – sobre a qualidade e a adequação dos cursos a suas necessidades, ficando essa indagação para um momento posterior.

A investigação contou com a colaboração de consultores externos, nacionais e internacionais, e ocorreu num momento privilegiado de inflexão em que todas as vozes que atuam no setor educacional e de ciência e tecnologia no país se ergueram para reconhecer os êxitos dos trinta anos do sistema de pós-graduação brasileiro (Bevilacqua, Gutierrez & Bevilacqua, 1996; Gazolla, 1996; Guimarães, 1996; Krieger, 1996). Os resultados do estudo da Abrasco revelaram que realmente a área de Saúde Coletiva tinha todos os méritos do sistema e padecia dos mesmos problemas que ele, exigindo sua adequação às céleres mudanças da sociedade pós-industrial. No entanto, foram encontradas peculiaridades. Os problemas são resumidos

num decálogo, conforme Minayo (1997) e outros avaliadores (Goldenberg & Schenkman, 1997; Nunes & Costa, 1997; Tanaka, 1997):

1. Níveis diferenciados de qualidade dos cursos e grupos de pesquisa, denotando enormes desequilíbrios regionais. Por exemplo: não havia e continua a não existir programa de pós-graduação *stricto sensu* em Saúde Coletiva na Região Norte. Recentemente, firmou-se parceria entre o Centro de Pesquisas Leônidas e Maria Deane (Fiocruz), a Universidade Federal do Amazonas e a Universidade Federal do Pará, que resultou na criação de um mestrado interinstitucional. Entretanto, essa iniciativa, na qual se contemplam linhas de investigação em saúde, está vinculada ao comitê interdisciplinar da Capes.

2. Falta de clareza nos diferentes níveis de formação (entre mestrado e doutorado), causando vários problemas relativos à duração dos cursos, ao ensino enciclopédico, ao forte apego institucional ao modelo seqüencial de pós-graduação, à exigência de mestrado como pré-requisito para doutorado, dentre outros.

3. Elevado índice de evasão de estudantes, em algumas áreas e em alguns cursos (sobretudo os que mais recebem estudantes que trabalham nos serviços públicos), exigindo repensar a rigidez da organização dos programas para estes se adequarem à pessoa, e não o contrário.

4. Perda de pessoal altamente qualificado que não pode ser contratado, por falta de mecanismos institucionais de absorção nos quadros de pesquisadores e docentes.

5. Aporte insuficiente e instável de recursos (humanos e materiais), impedindo a consolidação de programas e investimentos em infra-estrutura.

6. Rigidez nos modelos e regulamentos dos cursos, levando suas coordenações a valorizarem normas fechadas e limitadoras em lugar de priorizarem acima de tudo o processo de ensino/aprendizagem, o ritmo dos estudantes e a expressão cabal da potencialidade deles.

7. Desperdício da capacidade de pesquisa e de orientação, em muitos programas, deixando possíveis doutores ociosos, pelas dificuldades ou mesmo pela incapacidade dos gestores institucionais de prover adequação logística e administrativa.

8. Avaliação dos programas por 'médias' e não por desempenho individual, encobrindo, por vezes, participação medíocre de professores dos cursos e subvalorizando a contribuição dos mais produtivos.

9. Ausência de estratégias que relacionem os programas com o setor de serviços de saúde, repercutindo em falhas práticas na formação dos estudantes.

10. Escasso entrosamento dos programas da área com a graduação, contrariando um dos objetivos fundamentais do sistema de pós-graduação, que é preparar quadros altamente qualificados para o ensino superior.

Alguns pontos específicos da área serão agora assinalados:

1. No que concerne à qualidade dos cursos, o caráter multiprofissional e multidisciplinar da área, como prática e teoria, requer uma 'articulação equilibrada dos saberes' que combina aspectos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais. O estágio científico e tecnológico atual evidencia uma 'insignificante presença das ciências biológicas e ambientais e da demografia' e quase nula da 'economia', sob o ponto de vista e sob a lógica da Saúde Coletiva (e não do mercado do setor saúde).

2. O debate do conteúdo da formação, numa área eminentemente multidisciplinar, suscita o tema crucial do 'núcleo comum de conhecimentos e práticas específicos', como parâmetro de identidade que, uma vez atendido, se transforma em instrumento de autonomia para que cada pós-graduação possa acrescentar outros conteúdos e atividades de acordo com seus interesses peculiares.

3. O debate sobre matérias concretas evoluiu para uma formulação mais abstrata e condizente com uma pedagogia contemporânea de enfatizar formação, reflexão, habilidades e criatividade que se esperam de um mestrando e de um doutorando, conforme registra Minayo (1997:63):

> O mestrando e o doutorando em Saúde Coletiva precisam ser preparados para gerar, aperfeiçoar, dominar e empregar conhecimentos científicos e tecnologias, com o objetivo de produzir bens e serviços de qualidade e apropriados às necessidades de saúde no país. Desta forma é preciso investir numa completa revisão metodológica e de conteúdo, adequando os cursos às exigências históricas. Não se trata de ensinar um pouco de quase tudo e nem tudo de quase nada, mas de combinar a formação interdisciplinar com as necessidades e potencialidades de cada um dos estudantes. Por isso, é preciso desregular os excessos e tornar a Pós-Graduação mais flexível.

Tentando vocalizar as reflexões resultantes da pesquisa avaliativa, Minayo (1997:65) continua:

> A mudança metodológica mais importante para enfrentar o avanço científico e tecnológico e evitar a obsolescência é investir no aprender a aprender, enfatizar a experimentação das metodologias de pesquisa, proporcionar ambiência acadêmica necessariamente crítica e plural (seminários, congressos, hábitos de leitura de periódicos científicos de ponta, escrita de artigos, discussões sobre ética e política, filosofia, tradição e inovação), além da familiarização com sistemas de comunicação, informação e informática.

A coordenadora da pesquisa avaliativa continua sua argumentação dizendo que é fundamental evitar-se a compartimentalização do saber, buscando novas formas de ensinar, investindo em informação, informática e capacidade de análise e de domínio de línguas estrangeiras. Acrescenta que é importante, inclusive, ajudar os estudantes a desenvolverem sua capacidade gerencial, uma vez que aqui e em vários países do mundo – independentemente da área de formação de seus phDs – sobretudo os doutores estão em cargo de responsabilidade tanto nos governos quanto nas universidades e nas empresas privadas de ponta (Minayo, 1997).

4. A pesquisa avaliativa ressaltou também a excessiva rigidez dos programas organizados de forma tradicional, ou seja, muito mais na lógica de 'passar conteúdos', muitas vezes repetindo-os nos níveis de mestrado e doutorado. A falta de clareza e de adequação dos cursos ao perfil da demanda foi constatada principalmente nos cursos de mestrado, cuja clientela era, na maioria, formada por profissionais inseridos nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) ou seus gestores. Essa constatação posteriormente gerou um importante debate sobre o mestrado profissional – uma saída, segundo alguns, 'controversa', que o sistema Capes encontrou para incluir a demanda referente à formação de alto nível para profissionais muito mais interessados em reflexões e instrumentos conceituais e técnicos voltados para a prática – e também necessitados desses instrumentos e reflexões – do que em seguir carreira de pesquisadores. Na ocasião houve uma discussão inconclusa entre os avaliadores, sobre se deveria ou não haver mestrado acadêmico (ou apenas o profissionalizante) na pós-graduação em Saúde Pública. Essa decisão implicaria que os candidatos a pesquisadores doutores fizessem apenas o curso de doutorado, pois o mestrado seria parte inclusiva da organização do doutorado, como ocorre em vários países da Europa. A rigidez dos cursos, tratada há pouco, foi indicada como responsável pelo excessivo tempo que um estudante passava fazendo pós-graduação

em Saúde Pública – em alguns programas, até a metade dos anos 90, os estudos se delongavam até 11 anos –, com prejuízos para o país, para os estudantes e para as instituições (Minayo, 1997; Tanaka, 1997).

5. No que concerne às publicações científicas, os estudos qualitativos (Luz, 1997) e cientométricos realizados na época revelaram uma agradável surpresa, que se coaduna com o que foi aqui apresentado por J. Guimarães (2004): forte tendência ao crescimento, cerca de 20,6% ao ano, sendo que de 1990 a 1995 o aumento foi de 155% (Viacava & Leitão, 1997). Esse período coincide com a abertura de alguns cursos altamente produtivos, com mudanças qualitativas realizadas no programa e o incentivo da Abrasco à melhoria da qualidade e do desempenho dos programas. Como seria de se esperar, numa área que junta pesquisadores, profissionais que atuam no serviço e gestores, a modalidade mais comum de produção científica assinalada eram as apresentações em congressos. No entanto, dizem os avaliadores, 'é notável o incremento do número de artigos, livros e capítulos de livros'. A pesquisa avaliativa dirimiu o 'mito' segundo o qual os profissionais da área publicavam pouco ou não publicavam artigos, inclusive na área de ciências sociais e saúde.

Mas a avaliação evidenciou também pontos problemáticos. O estudo mostrou muita dispersão da produção científica por periódicos e o relativamente baixo grau de internacionalização das publicações (Viacava & Leitão, 1997). Certamente, a criação da revista *Ciência & Saúde Coletiva*, no final de 1996, e da *Revista Brasileira de Epidemiologia*, em 1998, passou a contribuir para direcionar melhor a demanda por publicação, juntando-se aos veículos mais tradicionais existentes, como *Revista de Saúde Pública* (USP) e *Cadernos de Saúde Pública*.

6. Do ponto de vista da situação dos egressos, a grata surpresa foi constatar que na sua quase totalidade os mestres e doutores estavam empregados nas instituições de ensino superior ou nos serviços de saúde. A maioria estava trabalhando no setor público, alguns tinham duplo vínculo público/privado e uma minoria estava em atividade em instituições não-governamentais (Goldenberg & Schenkman, 1997).

Os resultados da pesquisa avaliativa foram objeto de um seminário amplo em que participaram todos os coordenadores dos programas, vários pesquisadores seniores da área, representantes da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/Washington) no Brasil, representantes das diretorias de avaliação do CNPq e da Capes e dois consultores internacionais, um dos Estados Unidos e outro da França. Esse

seminário focalizou os problemas assinalados pela investigação – cujos dados constam no número temático de *Ciência & Saúde Coletiva*, 2(1/2), 1997 –, buscando encaminhar as questões mapeadas como sendo as mais cruciais: 'ter ou não ter um núcleo comum de disciplinas'; 'qualidade dos cursos'; 'política de produção e de divulgação científica'. Seu resultado está publicado em artigo de Minayo & Costa (1998).

Sobre a questão 'núcleo comum de conhecimentos e práticas', os participantes do seminário elaboraram algumas diretrizes para os conteúdos curriculares:

1. 'Bases conceituais e históricas' que incluam: a) história e cultura da Saúde Coletiva/Saúde Pública; b) saúde como tema relevante para a sociedade e objeto de interesse das ciências sociais; c) saúde como objeto de políticas públicas e sociais; d) processos e perfis de adoecimento como objeto da epidemiologia; e) saúde como prática de promoção, de prevenção, recuperação e organização de serviços assistenciais.

2. 'Bases técnico-instrumentais': habilidades para uso de metodologias e técnicas quantitativas e qualitativas e de conhecimentos básicos para aplicá-las.

3. 'Formação geral': a) foco nas dimensões filosóficas e humanísticas; b) formação para liderança em C&T; habilidades de informática e orientação para teorias e uso das informações e da comunicação; proficiência em alguma língua estrangeira; aprendizado de atualização permanente, significando 'ambiente de aprender a aprender'.

Os itens citados não se constituem como um receituário e sim como um guia de orientação, tanto para os programas que venham a se constituir como para o julgamento dos existentes.

Sobre a 'qualidade dos cursos', as principais recomendações podem ser resumidas em três parâmetros: a) ênfase na estruturação intrínseca dos programas, atendendo aos critérios apresentados há pouco e aos requisitos estabelecidos pela Capes em seu sistema de avaliação; b) ênfase na qualidade institucional da universidade ou dos institutos de pesquisa, incluindo-se aí a qualificação dos corpos docentes; c) ênfase no critério de relevância social para a existência do programa, no lugar onde ele se institui.

Daí surgiram algumas recomendações endereçadas às instituições, principalmente às que estavam 'se aventurando' em abrir cursos indistintamente: a) proporcionar infra-estrutura específica para o programa; b) ter um núcleo de epidemiologistas e cientistas sociais em saúde

(antropologia, políticas, administração e planejamento); c) assentar os programas de pós-graduação em núcleos de pesquisa; d) valorizar tanto os componentes de formação geral como os técnicos e metodológicos (o saber fazer) e os de formação humanística e filosófica; e) promover parcerias entre os programas e entre grupos de pesquisa.

Sobre 'a produção e a divulgação científica', os participantes do seminário recomendaram forte investimento dos editores nas revistas da área, em sua qualidade, divulgação, periodicidade e indexação. Um item especial de discussão foi a publicação de livros, bastante habitual na ampla área de Saúde Coletiva e que padece de subestimação sobretudo na avaliação periódica da Capes. Esse ponto, talvez o mais difícil de ser enfrentado nos processos de análise de desempenho individual e institucional, continua ainda como questão não resolvida adequadamente. A pontuação atualmente estabelecida pelos comitês de avaliação (um livro publicado em editora que tem comissão científica equivalendo ao peso de meio artigo) constitui um imperdoável equívoco que só pode ser sanado por uma avaliação qualitativa das publicações. Esse critério é também, sem sombra de dúvida, concessão aos critérios de indexação de outras disciplinas que praticamente só trabalham com artigos e revela a dificuldade da área de Saúde Coletiva de avaliar a qualidade desse tipo de produção intelectual.

Nas conclusões dos resultados da avaliação, Minayo & Costa (1998) chamaram a atenção para alguns desafios que continuam atuais: a) criar critérios de avaliação que permitam valorizar tanto a relevância acadêmica como a importância social da produção científica; b) definir com mais clareza o que é produção tecnológica em Saúde Coletiva; e c) manter sempre a saudável tensão entre estudos básicos, estratégicos e operacionais – todos de grande importância tendo em vista as necessidades de saúde da população brasileira.

Um dos mais importantes resultados do seminário foi a decisão da diretoria da Abrasco de instituir, em caráter permanente, um fórum dos coordenadores de programas de pós-graduação da área de Saúde Coletiva/ Saúde Pública/Medicina Preventiva. Esse coletivo começou a funcionar desde então, constituindo-se num espaço de socialização, vocalização, tomada de decisões coletivas e de diálogo com os representantes da área na Capes e no CNPq.

O coletivo dos coordenadores de pós-graduação tem cumprido a missão para a qual foi criado, permitindo a todos expressarem suas idéias e reivindicações aos representantes na Capes e no CNPq e, sobretudo, se constituindo num lócus de vocalização dos cursos mais novos e menos experientes. É inevitável que ele tenha um viés corporativo, muitas vezes

canalizando queixas e reclamações contra os órgãos de fomento e avaliação por meio dos representantes de área. Por causa do justo aspecto de canal de defesa de interesses, o fórum de pós-graduação não substitui o processo avaliativo que a Abrasco deveria assumir periodicamente, tratando de aspectos fundamentais de orientação da formação no setor, que nem o CNPq nem a Capes tem como missão desenvolver e liderar.

Em 1996, quando a pesquisa avaliativa da Abrasco terminou, o tradicional relatório da Capes assinalava a existência de 16 programas: nove de mestrado e sete com mestrado e doutorado, 166% a mais do que os que existiam em 1981, quando se tem memória da primeira avaliação. O número dos programas de 1996 correspondia a 7,0% do total de 228 da grande área da saúde. A página da Capes (<http://www.capes.gov.br>) referente à avaliação de 2003 (último ano de avaliação completa) registra 38 programas reconhecidos na área de Saúde Coletiva – significando, nesses dez anos, um crescimento de 137%, crescimento esse fortemente monitorado pelos representantes da área e da grande área, pelos motivos já aludidos. Em 2006, segundo dados da Capes, a grande área de 'ciências da saúde' apresenta um conjunto de 421 cursos reconhecidos, estando nos primeiros lugares, em número, medicina e odontologia. Em terceiro vem a Saúde Coletiva, com 9,2% do total. Dos programas existentes na área de Saúde Coletiva, três estão classificados no nível 06 (grau de excelência elevado), dez no nível 05 (excelentes), oito no nível 04 (muito bons), 17 no nível 03 (regulares). Há ainda nove dos melhores programas que têm mestrado profissional atendendo às demandas dos que atuam nos serviços e na gestão. Esse balanço comparativo revela o quanto houve de aumento quantitativo e qualitativo, comparativamente, entre 1981 e 1996 e de 1996 a 2006. A Tabela 3 mostra a localização da Saúde Coletiva na grande área das 'ciências da saúde'.

Tabela 3 – Mestrados/doutorados reconhecidos na grande área da saúde – 2006

	Grande Área: Ciências da Saúde								
Área (Área de avaliação)	Programas e cursos de pós-graduação					Totais de cursos de pós-graduação			
	Total	M	D	F	M/D	Total	M	D	F
EDUCAÇÃO FÍSICA	17	9	0	0	8	25	17	8	0
ENFERMAGEM	28	12	1	3	12	40	24	13	3
FARMÁCIA	27	10	0	2	15	42	25	15	2
FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL	5	4	0	0	1	6	5	1	0
FONOAUDIOLOGIA (EDUCAÇÃO FÍSICA)	8	4	0	1	3	11	7	3	1
MEDICINA (MEDICINA I, II, III)	191	34	12	6	139	330	173	151	6
NUTRIÇÃO (MEDICINA II)	13	7	0	1	5	18	12	5	1
ODONTOLOGIA	94	28	6	14	46	140	74	52	14
SAÚDE COLETIVA	38	16	0	9	13	51	29	13	9
Total de CIÊNCIAS DA SAÚDE	421	124	19	36	242	663	366	261	36

Fonte: Capes – <http://www.capes.gov.br>. Data da última atualização: 6/3/2006.
Cursos: M – Mestrado acadêmico; D – Doutorado; F – Mestrado profissional.

Qualitativamente, também é possível saber o que avançou na pós-graduação em Saúde Coletiva nos últimos dez anos, posteriores à pesquisa avaliativa. O relatório de área do período de 1998 a 2000 e um texto de Goldbaum (2001) assinalam: a) os cursos aprovados guardavam elevado grau de coerência com os campos disciplinares e áreas de concentração apropriadas; b) possuíam corpo docente com elevada qualificação e adequação; c) também foram constituídos ou reorganizados grupos de pesquisa mais bem estruturados, se comparados com o período anterior de avaliação; d) havia diminuído o tempo médio para titulação de mestres e doutores; e) a produção intelectual havia crescido e os representantes da área na Capes haviam buscado critérios de avaliação que contemplassem, nessa produção, legitimidade científica e social.

O documento chama a atenção para três pontos que continuam problemáticos: a) baixa capacidade de absorção de doutores, altamente qualificados, pela falta de abertura de concursos para contratação nas instituições de ensino superior; b) dificuldades de acesso dos professores e orientandos a periódicos internacionais; e c) a pouca valorização dada pelo comitê de avaliação da grande área da saúde aos periódicos editados no país, impedindo a identificação de políticas editoriais que atendam às necessidades nacionais e regionais (Relatório de Área, apud Goldbaum, 2001).

O Documento de Avaliação de Área referente a 2001-2003, relativo à última avaliação completa realizada pelo sistema Capes, inicia suas considerações dizendo que: a) a Saúde Coletiva no Brasil constitui-se hoje como um campo plenamente consolidado, apresentando melhora em todos os indicadores; b) os programas estão presentes em todas as regiões do país, com exceção da Região Norte; c) todos se norteiam pelos critérios e processos estabelecidos pela Capes para o aperfeiçoamento da pós-graduação; d) há presença e influência dos programas internacionais, sobretudo no âmbito da América Latina; e) professores e/ou pesquisadores passaram a participar dos comitês técnico-científicos brasileiros e de organismos internacionais; f) houve um crescimento no número dos grupos de pesquisa (por exemplo, o Diretório do CNPq registra quatrocentos e cerca de 2.500 pesquisadores na área de Saúde Coletiva no ano de 2003); g) a produção científica vem se consolidando e apresentando tendências de internacionalização. O relatório reafirmou pontos assinalados na avaliação de 1998-2001: coerência dos campos disciplinares; elevada qualificação do corpo docente; melhor organização dos grupos de pesquisa; diminuição do tempo médio de titulação dos estudantes.

Esse relatório também assinala problemas: a) alguns programas têm dificuldade de definição de linhas de pesquisa, evidenciando a pouca experiência no campo da investigação; b) alguns programas ainda utilizam docentes não especificamente qualificados (por exemplo, médicos, epidemiologistas e outros) para ministrar disciplinas na área de ciências sociais e humanas; c) ainda é muito tímida a presença da produção discente no conjunto da divulgação científica da área. Uma questão de interesse para a Abrasco é que, embora a revista *Ciência & Saúde Coletiva*, por ocasião dessa avaliação, já estivesse indexada em várias bases de dados internacionais, classificada como 'A nacional' e tendo importante repercussão internacional, o relatório apenas assinala como importantes periódicos da área a *Revista de Saúde Pública* e os *Cadernos de Saúde Pública*. O documento evidencia as contradições internas e as pressões de outros setores da Capes, pois ao passo que os avaliadores reclamam da

pouca valorização das publicações nacionais, desconhecem a revista da associação que os representa, periódico que está em pleno crescimento e desenvolvimento, como se pode constatar em outro texto deste livro.

Conclusões

Buscou-se aqui apresentar o processo pelo qual a Abrasco – que tem o termo 'pós-graduação' na constituição de seu nome, 'Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva' – atuou e vem atuando na consolidação dessa área acadêmica, mantendo a especificidade que marca a origem desse campo de conhecimentos e práticas. Essa especificidade pode ser traduzida no fato de que os conhecimentos científicos caminham *pari passu* com o desenvolvimento dos serviços de atenção à saúde e são estratégicos para a gestão do SUS. Muitas mudanças vêm sendo observadas no âmbito da pós-graduação *lato sensu*, tema que mereceria uma pesquisa avaliativa, além de ações políticas reclamadas em todos os documentos específicos, como cita Belisário (2002).

Na pós-graduação *stricto sensu*, a mesma peculiaridade não impede que a Abrasco e todos os programas de pós-graduação se ajustem aos critérios universais de avaliação da ciência, representados pelo sistema Capes. A Capes segue padrões internacionais, fazendo a avaliação por pares acadêmicos e incluindo a auto-avaliação institucional como parte da metodologia. Também e cada vez mais essa instituição inclui investigadores de outros países nos comitês de avaliação, o que garante aos programas comparabilidade quanto aos critérios de excelência.

Historicamente se pode observar que a Abrasco acompanhou a pós-graduação com estudos e avaliações, propiciando informações estratégicas às instituições. A pesquisa avaliativa realizada nos anos de 1995-1996 constituiu a mais importante inflexão da associação sobre o tema, produzindo conhecimentos que foram estratégicos para a reorganização de muitos programas, e passou a dar parâmetros a respeito de vários aspectos problemáticos, tanto aos coordenadores de curso como às instituições de avaliação e de fomento. O sentido de enfatizar esse processo, no presente texto, se deve à importância conjuntural da iniciativa que acabou por se constituir num ponto crucial para ampliar a complexidade das reflexões num fórum específico e para dar subsídios aos representantes de área.

Em resumo, não há uma colisão entre os interesses da Abrasco e da Capes na avaliação em Saúde Coletiva. Ambas as instituições trabalham para o interesse do país e da qualidade científica e tecnológica do que é gerado no setor. No entanto, essas duas entidades têm finalidades e

compromissos diferenciados. Da Capes se exige rigor nos critérios e no uso de indicadores, o que lhe permite oferecer ao país uma série histórica de desenvolvimento do nível mais alto da formação educacional do Brasil e comparabilidade entre grandes áreas e entre áreas dentro de grandes áreas, assim como dos programas entre si e de cada programa a partir de sua própria história e evolução. Essa ingente missão possibilita-lhe, também, comparabilidade em âmbito internacional.

Da Abrasco, a sociedade brasileira, o setor saúde e, em especial, a área de Saúde Coletiva esperam orientação filosófica e política para o encaminhamento dos rumos teóricos, metodológicos e práticos da formação *stricto* e *lato sensu*. É por isso que, celebrando os dez anos da pesquisa avaliativa que se configurou como um marco fundamental para a identidade e a construção da área, seria muito importante que outra inflexão fosse feita, certamente guiada por novas perguntas e novos desafios. E também, como já foi dito, que os outros níveis de formação como a graduação, a especialização e a residência pudessem merecer investimento reflexivo aprofundado.

Não há dúvidas de que a Abrasco, em seu papel específico na formação de recursos humanos de alto nível para o SUS, é uma instituição de sucesso. No entanto, há muito caminho a percorrer e a abrir, fazendo com que sua identidade originária possa ser permanentemente rejuvenescida e 'complexificada'.

Referências Bibliográficas

ABRASCO. Em nome da Saúde Pública/Saúde Coletiva. *Boletim Abrasco*, dez.2005.

ATLAN, H. L'intuition du complèxe et ses theorizations. In: SOULIÉ, F. F. (Org.) *Les Théories de la Complexité Autour de l'Ouevre d'Henri Atlan*. Paris: Éditions de Seuil, 1991.

BELISÁRIO, S. A. *Associativismo em Saúde Coletiva : um estudo da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco)*, 2002. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). (Mimeo.)

BEVILACQUA, L.; GUTIERREZ, R. H. & BEVILACQUA, H. Formação de pessoal pós-graduado e pesquisa no Brasil. In: CAPES. *Discussão sobre a Pós-Graduação Brasileira*. Brasília: Editora UnB, 1996. p.25-35.

CONH, A. & NUNES, E. D. Relatório do Encontro Nacional de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Reforma Sanitária. *Estudos de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1988.

FUNDAÇÃO COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR. *Avaliação da Pós-Graduação*. Disponível em: <http://www.capes.gov.br>. Acesso em: 22.mar.2006.

FUNDAÇÃO COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR. *Avaliação da Pós-Graduação*. Documento de área: Saúde Coletiva (1998-2000). Disponível em: <http://www.capes.gov.br>. Acesso em: 22.mar.2006.

FUNDAÇÃO COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR. *Avaliação da Pós-Graduação*. Documento de área: Saúde Coletiva (2001-2003). Disponível em: <http://www.capes.gov.br>. Acesso em: 22.mar.2006.

GAZOLLA, A. L. A. Evolução das formas de organização da pós-graduação brasileira. In: CAPES. *Discussão sobre a Pós-Graduação Brasileira*. Brasília: Editora UnB, 1996. p.88-97.

GOLDBAUM, M. Avaliação da pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil – Editorial. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(6):1-4, 2001.

GOLDENBERG, P. & SCHENKMAN, S. Os egressos em Saúde Coletiva: construindo um perfil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2(1/2):91-107, 1997.

GUIMARÃES, J. Pós-graduação e pesquisa. In: CAPES. *Discussão sobre a Pós-Graduação Brasileira*. Brasília: Editora UnB, 1996. p.31-45.

GUIMARÃES, J. A pesquisa médica e biomédica no Brasil: comparações entre o desempenho científico brasileiro e mundial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(2):303-328, abr.-jun.2004.

GUIMARÃES, R. Bases para uma política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(2):375-388, abr.-jun.2004.

GUIMARÃES, R.; LOURENÇO, R. & COSAC, R. A pesquisa epidemiológica no Brasil. *Série Estudos em Saúde Coletiva*, 216, 2002.

KRIEGER, E. M. Avaliando a avaliação da Capes. In: CAPES. *Discussão da Pós-Graduação Brasileira*. Brasília: Editora UnB, 1996. p.40-52.

LUZ, M. T. A produção científica em Saúde Coletiva (1994-1995). *Ciência & Saúde Coletiva*, 2(1/2):117-141, 1997.

MAGALDI, C. & CORDEIRO, H. *Estado Atual do Ensino e da Pesquisa em Saúde Coletiva no Brasil*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1983. (Coleção Ensino de Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil)

MARSIGLIA, R. & ROSSI, S. S. *Caracterização do Ensino, Pesquisa e Recursos Docentes da Área de Ciências Sociais e Saúde nos Cursos de Pós-Graduação em Saúde Coletiva no Brasil*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1983. (Coleção Ensino de Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil)

MINAYO, M. C. S. Pós-Graduação em Saúde Coletiva: um projeto em construção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2(1/2):53-71, 1997.

MINAYO, M. C. S. & COSTA, P. Os rumos e desafios: encerrando um processo de avaliação da pós-graduação *stricto sensu* em Saúde Coletiva (1994-1997). *Ciência & Saúde Coletiva*, 3(1):83-93, 1998.

NUNES, E. D. *Sobre a Sociologia da Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1999.

NUNES, E. D. & COSTA, P. S. Os cursos de Saúde Coletiva – mestrado e doutorado: um estudo sobre as disciplinas básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2(1/2):72-90, 1997.

TANAKA, A. C. A. Perfil da demanda aos cursos de pós-graduação em 1996, na área de Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2(1/2):108-116, 1997.

TEMPORÃO, J. C. & RIVERA, J. U. *Caracterização do Ensino e dos Docentes de Administração e Planejamento em Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1983. (Coleção Ensino de Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil)

VIACAVA, F. & LEITÃO, C. Difusão da produção científica dos cursos de pós-graduação em Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2(1/2):142-153, 1997.

PROJETO INTEGRADO DE AVALIAÇÃO DA PÓS-GRADUAÇÃO

Já foi encaminhado ao CNPq, à CAPES, à FINEP e à OPAS (para o Ministério da Saúde estamos aguardando a nomeação do coordenador de C&T), o projeto integrado de Avaliação da Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva no Brasil.

Gestada no IV Congresso de Saúde Coletiva em Recife, esta proposta reúne coordenadores de Pós-Graduação e um número expressivo de pesquisadores frente a um objetivo central:

. avaliar a dinâmica, a trajetória e a produção de conhecimento na área e estabelecer critérios e indicadores sensíveis dos resultados para o ensino, a pesquisa e os serviços.

Contempla os seguintes subprojetos e está sob a coordenação dos citados pesquisadores:

1. A Trajetória da Pós-Graduação em Saúde Coletiva no Brasil - Jairnilson Paim (ISC/UFBA), Juan Stuardo Yazle Rocha (DMS/FM Rib.Preto/USP), Maria Cecília Puntel de Almeida (DEMISP/Esc. Enfermagem Ribeirão Preto/USP);

2. A Clientela da Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Ana Cristina Tanaka (FSP/USP), Celma Martins Guimarães (Escola Enfermagem/UFGO) e Semiramis Melani Rocha (Escola Enfermagem RP/USP);

3. A Inserção dos Egressos de Pós-Graduação em Saúde Coletiva no Mercado de Trabalho - Mara de Andrade Gomes, Paulete Goldemberg, Regina C.R. Stella e Samuel Goihman (EPM);

4. Avaliação e Tendências da Produção Científica em Saúde Coletiva: dissertação e teses - Everardo D. Nunes (DMPS/FCM/UNICAMP) e Maria Helena P. Oliveira (Esc. Enfermagem RP/USP);

5. Avaliação e Tendências da Produção Científica em Saúde Coletiva: divulgação e difusão - Moisés Goldbaum (DMP/FM/USP) e Rita de Cassia B. Barata (DMS/FCM/Sta. Casa SP);

6. A Estrutura Curricular e o Projeto Acadêmico dos Cursos de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Cristina de A. Possas (ENSP/FIOCRUZ) e Maria Élide Bortoletto (CICT/FIOCRUZ);

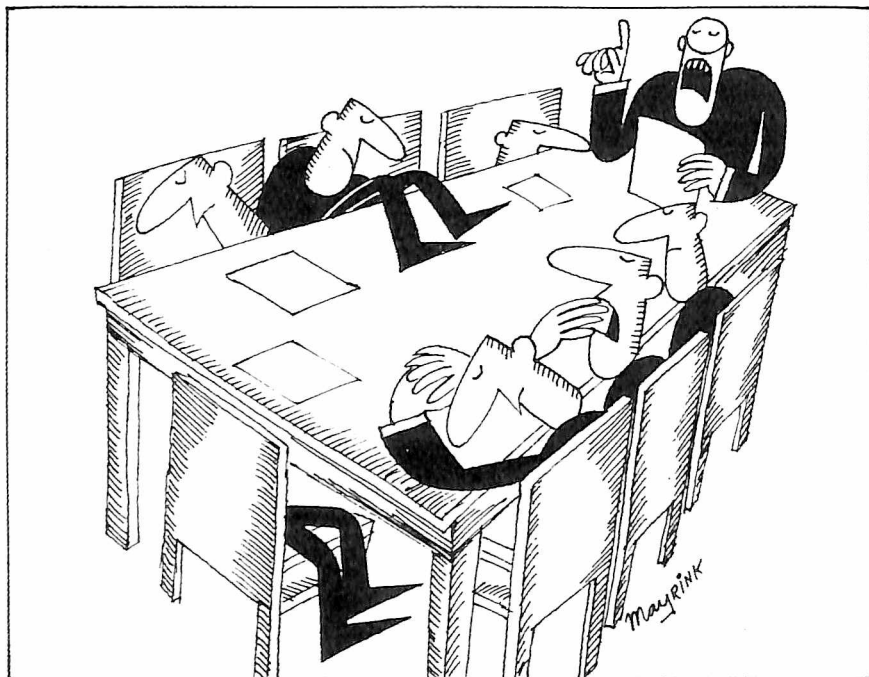
7. O Componente Pedagógico dos Cursos de Pós-Graduação em Saúde Coeltiva - Fernando Lefèvre (FSP/USP) e Miriam Struchiner (NUTES/UFRJ);

8. Avaliação e Perspectivas dos Mecanismos de Intercâmbio entre os Cursos de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Ana Maria Canesqui (DMPS/FCM/UNICAMP);

9. Consolidação da Avaliação dos Cursos de Pós-Graduação a Partir do Sistema EXECAPES - Amélia Cohn (DMP/FM/USP) e Francisco Viacava (CICT/FIOCRUZ);

10. Necessidades Técnicas e Operacionais dos Serviços de Saúde e a Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Carlo Zanetti, Flávio Goulart e Luiza de Paiva Silva (NESP/UnB);

O projeto integrado está sob a coordenação geral de Maria Cecília de Souza Minayo e Péricles Silveira da Costa (Abrasco). Previsto para ser realizado e concluído em dois anos, a partir de seu financiamento, este trabalho que tem como meta formular bases e diretrizes para reorientação do campo de ensino e pesquisa na Pós-Graduação em Saúde Coletiva, significa um patamar de maturidade na reflexão sobre nossa área.

Imagem 12 – *Boletim Abrasco*, 55, jan-mar.1995. p.4.

Mestrados e Doutorados pedem maior estímulo ao intercâmbio

Incrementar o intercâmbio entre os programas, promovendo a qualificação do ensino e da pesquisa, foi a principal recomendação do II Encontro Nacional de Mestrados e Doutorados da Área de Saúde Coletiva. Promovida pela Abrasco, a reunião realizou-se em São Paulo, nos dias 1 e 2 de abril.

O Encontro recomendou ainda a descentralização gradual da pós-graduação em saúde coletiva no país, a ser desenvolvida em três etapas: implementação dos cursos existentes, através de programação já definida pela Abrasco, a curto prazo: apoio a grupos de pesquisa emergentes em todo o País, principalmente no Norte/Nordeste, através de projetos de assessoria a pesquisadores; e descentralização efetiva dos cursos, a longo prazo.

Intercâmbio — Para implementar o intercâmbio entre os programas, os participantes do Encontro propuseram a divulgação, pela Abrasco, da produção científica da pós-graduação; a identificação e distribuição de material bibliográfico já existente e periódicos já editados; e elaboração de programa editorial que atenda as necessidades de material bibliográfico (original ou não) entre os cursos.

Recomendou-se ainda a publicação e divulgação de catálogo de pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil; implantação de processo ativo de assessoria para pesquisadores; intercâmbio de docentes e sua formalização obtida mediante convênios interinstitucionais de colaboração técnico-científica, como os celebrados pela ENSP/USP e IMS/ENSP; e criação da revista da Abrasco, que funcionará como veículo ideal para produção científica da área.

Resolveu-se ainda realizar um encontro, promovido pela Abrasco, reunindo pesquisadores de todo o país, desde os de grande experiência até aqueles que apenas esboçam seus projetos de pesquisa. A reunião terá como objetivo a definição de linhas prioritárias, de processos de assessoria e o desenvolvimento de esforço organizado em busca de financiamento à pesquisa para os próximos anos, junto às agências oficiais.

Presentes — Participaram do Encontro representantes da Abrasco, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério da Saúde, da Finep, e dos 10 programas em desenvolvimento no país: Mestrados e Doutorados do Departamento de Medicina da USP (instituição organizadora do evento); do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; da Faculdade de Saúde Pública da USP; e da Escola Nacional de Saúde Pública e Mestrados do Instituto de Medicina Social da UERJ e da Universidade Federal da Bahia.

A reunião foi aberta pelos profs. Cecília Donnângelo, docente da USP e coordenadora do Encontro; Philadelpho de Siqueira e Paulo Marchiori Buss, respectivamente Presidente e Secretário-Executivo da Abrasco.

Na primeira fase do Encontro, os diversos coordenadores presentes discorreram sobre a implantação e desenvolvimento dos respectivos Cursos e sua estrutura atual, currículos, linhas de pesquisa, caracterização do corpo docente e discente, além de analisarem as principais dificuldades enfrentadas.

Debates — Estas breves apresentações foram seguidas de debates, que explicitaram as diferenças metodológicas e de conteúdo entre os diversos programas, currículos e linhas de pesquisa.

As diferenças entre os projetos foram consideradas um indício salutar, por sua característica de pós-graduação senso-estrito e por seus objetivos de formar especialistas, docentes e pesquisadores de alto nível. Recomendou-se, porém, a busca constante e em conjunto da explicitação de campos prioritários para o ensino e pesquisa, atendendo os objetivos docentes e o compromisso que os Cursos devem ter com a saúde da população brasileira.

Encontra-se em elaboração o relatório final do Encontro, que será oportunamente distribuído entre todos os interessados.

Imagem 13 – Charge de Mayrink. *Boletim Abrasco*, 18, abr-jun.1986. p.2.

Imagem 14 – Charge de Mayrink. *Boletim Abrasco*, 2, abr-jun.1982. p.2.

5. Perfil, Histórico e Outras Informações Sobre a Revista *Ciência & Saúde Coletiva*

Maria Cecília de Souza Minayo[1]

Antecedentes

A Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), no decorrer de sua história, sempre teve como uma de suas mais importantes atividades a socialização de conhecimentos e práticas produzidos na área de Saúde Coletiva, de forma muito particular nos congressos (cuja importância é devidamente tratada neste livro), em seminários e outras formas de encontros e reuniões. A divulgação científica, no percurso de sua história, também constituiu uma de suas ações mais importantes, por meio da publicação de documentos resultantes de eventos, parceria com editoras, sobretudo com a Editora Hucitec – que teve um papel muito importante nesse empreendimento desde os anos 80 – e, nos últimos 12 anos, com a Editora Fiocruz. Também fazem parte desse processo coleções publicadas pela própria associação, como a série *SaudeMovimento,* e publicações avulsas para emitir posicionamentos da associação, por ocasião das Conferências Nacionais de Saúde e de outros eventos importantes em que tem sido necessária sua participação política. Por fim, não menos importantes são os seus boletins (antes apenas em papel e agora

[1] Contribuíram para a elaboração deste texto Lilia Maria dos Santos Vicentin (ex-editora executiva da revista *Ciência & Saúde Coletiva*), Raimunda M. do Nascimento Mangas (editora executiva da mesma revista) e Thiago de Oliveira Pires, que nos assessorou na parte estatística e de elaboração dos gráficos e tabelas.

em papel e *on-line*) desde o nascimento da instituição, que acompanham *pari passu* seu processo de crescimento e, sobretudo, seu envolvimento com as causas da Saúde Coletiva e com a política nacional de saúde.

A discussão sobre a criação de uma revista impressa da própria associação aconteceu no decorrer dos anos 90, condizendo com a etapa do pensamento científico gestado e elaborado sobre Saúde Coletiva. O desejo de promover essa iniciativa tinha respaldo também na experiência da maioria das áreas científicas do país, que, mesmo dispondo de outros periódicos competindo com a divulgação de investigações e debates das disciplinas que representam, criaram seus próprios veículos de comunicação. No entanto, algumas questões contextuais e conjunturais complicavam a colocação em prática do projeto de uma revista específica assinada pela associação. Primeiramente, já havia duas respeitáveis revistas em pleno dinamismo e com reconhecimento nacional e internacional, abrigadas nas mais tradicionais instituições de produção de pesquisa e formação na área: *Revista de Saúde Pública*, editada pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), que em 2006 completa quarenta anos, e *Cadernos de Saúde Pública*, com 22 anos em 2006, produzida pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz. Haveria necessidade de uma revista a mais? Haveria espaço para nascimento e crescimento de uma iniciativa tão ousada? Alguns diretores da Abrasco invocavam inclusive a histórica e elevada taxa de 'mortalidade infantil' de periódicos científicos no Brasil e no mundo. Esses eram fortes argumentos que apresentavam, com razão, as sucessivas gestões, quando se encontravam diante das diversas coordenadas para tomada de decisões.

Havia, no entanto, uma questão mais forte que dominava o debate sobre a incerteza quanto à criação da revista. O mundo todo, desde os anos 80, vinha passando celeremente pela revolução propiciada pela informática e sobretudo pelo advento da internet. E muitos dos diretores da Abrasco, em suas considerações, partiam do pressuposto – hoje desmentido pela realidade, no mundo inteiro – de que os meios eletrônicos derrubariam a dominância dos escritos em papel. Acrescentavam a tal preocupação outro fator muito importante: a Abrasco sempre foi uma 'pequena empresa social' fazendo grandes negócios, mas permanentemente descapitalizada. A manutenção de uma revista exigiria novos recursos seguros e permanentes.

Os fatos trataram de empurrar a decisão de criar *Ciência & Saúde Coletiva*. Logo após o importante Congresso Internacional de Epidemiologia realizado na Bahia em 1995, a Comissão de Epidemiologia da Abrasco colocou em sua pauta a criação imediata de uma revista da subárea. A discussão da diretoria da associação se encaminhou no sentido de,

obviamente, não cercear o desejo expresso pelos epidemiologistas, mas de, simultaneamente e de uma vez por todas, criar outro periódico que contemplasse todas as subáreas do campo da Saúde Coletiva. Essa decisão levou em conta que, dentro da economia interna da associação, simbolicamente soaria mal a seus membros iniciar a produção de periódicos a partir de apenas uma das disciplinas que compõem o campo da Saúde Coletiva.

Foi assim que, no segundo semestre de 1996, nasceu – numa situação de escassez de recursos e ao mesmo tempo de ousadia – o primeiro número da revista *Ciência & Saúde Coletiva*. Ao longo de 1996-1997, considerados como uma espécie de pré-história, foram editados dois números por ano. Nos anos subseqüentes, passaram a ser produzidos quatro números. Em 1998, a *Revista Brasileira de Epidemiologia* nasceu. *Ciência & Saúde Coletiva* já iniciava sua fase de crescimento, de definição de identidade e de consolidação. Ambas contam uma história de sucesso, estão indexadas em bases de dados importantes e vêm servindo à comunidade científica da Saúde Coletiva e à sociedade brasileira, com a divulgação de conhecimentos provenientes de pesquisas, experiências e práticas.

Histórico e Objetivos

Ciência & Saúde Coletiva é um espaço científico para discussões, debates, apresentação de pesquisas, exposição de novas idéias e de controvérsias sobre a área. É trimestral e temática – podendo ter suplementos, de acordo com a demanda para isso –, com exceção de um número especial dedicado a temas livres. Nos números temáticos se publicam cerca de 15 artigos, opiniões e resenhas sobre o assunto em foco e mais dez sobre assuntos diversos na seção de temas livres. Cada número contempla aproximadamente 25 textos. Em 2005, por exemplo, 134 artigos foram publicados – porque houve, além dos quatro números habituais, um suplemento – e 334 investigadores e profissionais da área da saúde usufruíram desse meio para divulgação de suas pesquisas e reflexões. Houve um crescimento visível de participação de autores quando se compara, por exemplo, com o ano de 2002, em que a revista passou a ser trimestral: nesse ano foram publicados 67 artigos, totalizando 162 autores. Nos textos há diversas colaborações de autores de países de língua inglesa, francesa e espanhola. Desde sua origem, a revista cumpre fielmente requisitos de periodicidade e de normalização para publicação científica.

Em 1998 verificaram-se duas decisões editoriais importantes: 1) houve mudança no formato e na padronização da revista. Além de uma nova organização de conteúdo e de espaço que permanecem até hoje, foi criada uma nova capa que lhe deu identidade, desde então, por meio de uma imagem da população brasileira (sintetizando a idéia de 'ciência e Saúde Coletiva') estilizada em meio eletrônico. A cada ano, apenas a cor da capa varia; 2) houve também uma decisão editorial de torná-la uma revista temática. Tal decisão teve por base a proposta da Abrasco de assumir, cientificamente, a discussão do estado do conhecimento sobre assuntos relevantes para o campo da Saúde Pública, investindo na divulgação de pesquisas e debates. Esse nicho específico se coadunava com o papel dessa associação científica e continua a corresponder a ele. Desde então, o formato adotado para dividir o conteúdo da revista evidencia tal propósito. Cada número se inicia com um 'debate' que reúne, em torno de um texto de referência, 'opiniões' de seis a oito especialistas, com os mais diferentes pontos de vista teóricos e práticos. Além dos 'artigos originais' e de 'revisão', o periódico publica uma seção denominada 'Opinião', na qual cabem pontos de vista em forma de pequenos ensaios ou entrevistas com personalidades engajadas no tema do qual trata a revista. A Tabela 1 oferece uma tipologia dos textos publicados desde a origem do periódico.

Até o ano 2001, eram editados dois números por ano de *Ciência & Saúde Coletiva*. A partir de 2002 passou-se a publicar quatro números por ano, atendendo a um expressivo crescimento da demanda e respondendo à necessidade de discussão de temas relevantes para o campo da Saúde Coletiva.

A seguir se apresenta um breve resumo, em dados numéricos, do desenvolvimento da revista, permitindo visualizar a sua evolução.

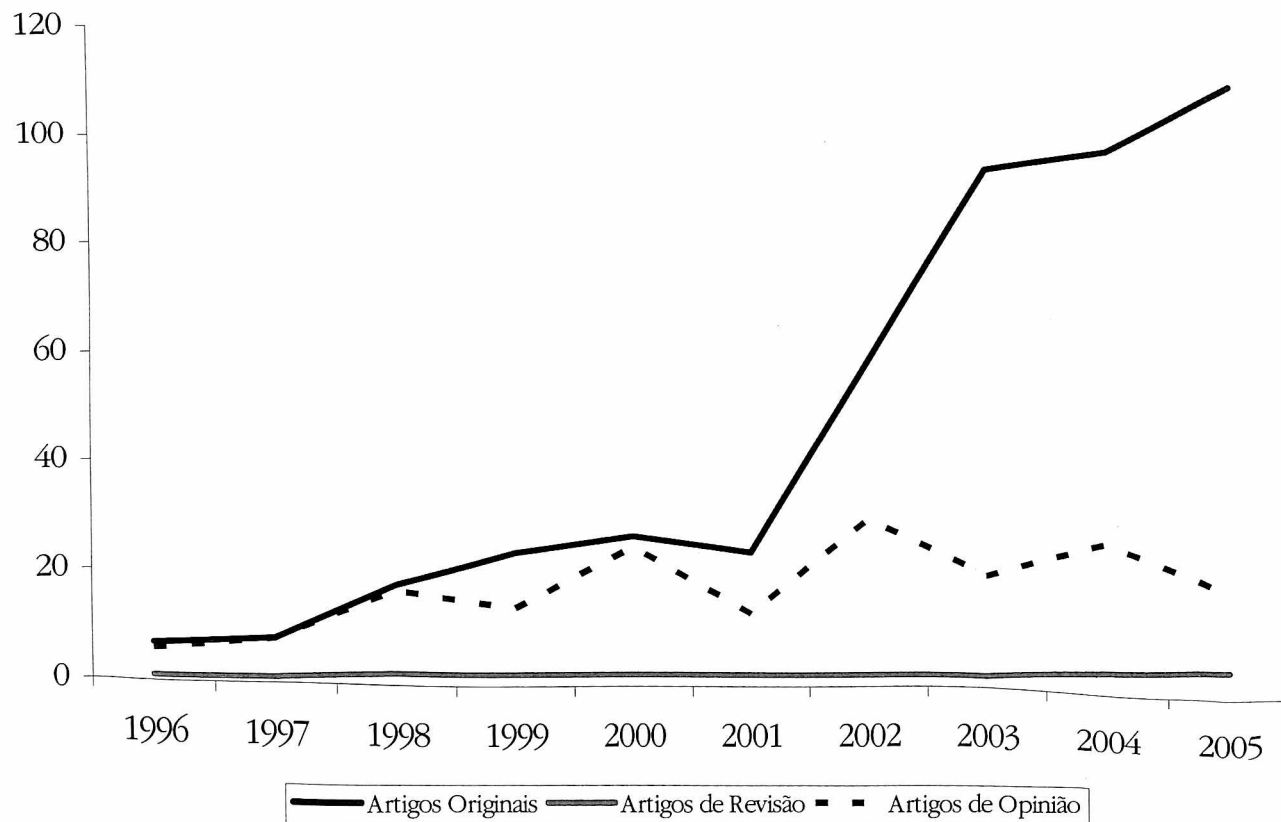
Tabela 1 – Síntese dos dados

		1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Conteúdo da Revista											
Artigos originais		7	8	18	24	27	24	59	94	98	110
Artigos de revisão		1	1	2	2	2	2	2	2	4	5
Artigos de opinião		6	8	17	14	25	13	30	20	27	19
Anúncios		0	0	0	0	0	0	1	5	1	3
Notas técnicas		0	0	0	0	0	0	5	5	1	1
Resenhas de livros		4	3	4	4	10	6	11	5	10	12
Notícias gerais		0	0	1	0	0	0	0	0	4	4
Comunicações		0	0	0	0	0	0	0	3	4	3
Destino dos Artigos											
Artigos submetidos		20	20	40	80	86	87	205	242	418	495
Artigos aceitos		18	17	37	50	54	49	151	166	219	231
Artigos rejeitados		2	3	3	30	32	38	54	76	199	264
Artigos aguardando publicação		0	0	0	0	0	0	0	0	10	102
Artigos em processo de avaliação		0	0	0	0	0	0	0	0	0	160
Tempo entre submissão/aceitação (meses)		3	3	3	3	3	6	8	8	6	6
Tempo entre aceitação/publicação (meses)		6	6	6	10	8	12	10	12	12	12
Números de pareceristas		22	22	22	10	10	22	78	86	113	118
Distribuição dos Fascículos											
Doação	Bibliotecas nacionais	6	6	40	40	60	30	30	60	35	35
	Bibliotecas estrangeiras	1	1	10	10	12	20	40	40	15	15
Assinatura	Bibliotecas nacionais	6	4	4	10	25	47	48	56	47	64
	Bibliotecas estrangeiras	1	0	4	3	6	3	3	4	4	8
	Sócios	1.000	800	500	1.850	2.000	2.500	2.500	2.580	1.200	1.250
	Não-sócios	20	20	520	20	680	398	398	1720	2048	2058
Permuta	Revistas nacionais	20	10	30	30	30	35	30	28	20	28
	Revistas estrangeiras	10	10	40	40	40	40	40	25	15	12
	Vendas	40	50	53	100	100	300	280	420	330	380

Nível / Ano	Perfil de Leitores e Assinantes									
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Doutorado	380	420	770	800	935	635	740	1.060	1.510	2.070
Mestrado	360	380	600	450	580	496	560	910	1.364	1.320
Especialistas	180	120	290	195	295	198	198	500	706	618
Graduação	0	0	10	8	10	14	12	8	12	15
Técnicos	20	22	28	52	108	58	58	120	120	75
Lato sensu	100	168	188	215	270	220	220	590	850	700

Profissões	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Médicos	150	160	160	168	178	178	203	247	273	269
Sanitaristas	210	210	267	287	312	333	381	400	465	525
Biólogos	30	30	30	18	18	21	25	25	29	29
Enfermeiros	60	60	60	60	60	64	94	94	104	116
Pediatras	30	30	30	30	30	30	60	60	65	68
Professores de Pós-Graduação	100	100	155	168	188	188	188	257	307	312
Coordenadores de Pós-Graduação	20	20	20	20	25	25	30	35	50	80
Profissionais de Saúde Pública geral	75	75	110	153	159	160	165	209	229	295
Bioestatísticos	40	50	80	108	108	138	148	156	180	180
Epidemiologistas	90	110	110	125	135	145	145	173	173	183
Odontólogos	10	10	12	10	10	0	0	26	36	66
Profissionais de gestão em Saúde Pública	55	75	120	172	174	178	186	255	264	350
Profissionais de medicina preventiva	50	60	76	94	94	102	140	190	205	205
Cientistas sociais	120	120	86	107	127	127	151	180	220	248

O Gráfico 1 mostra uma tipologia dos textos publicados pela revista:

Gráfico 1 – Tipologia do conteúdo da revista – 1996-2005

Perfil de Formação e Profissional dos Leitores

Como se pode observar, ao longo dos anos a revista foi 'elitizando' o perfil de seus leitores, o que é bastante compreensível por se tratar de um periódico da Abrasco que reúne todos os programas de mestrado e doutorado da área e pelo fato de serem doutores os que em maioria nela publicam, pelo menos como primeiro autor. Causou preocupação nesse estudo a pouca presença dos leitores dos cursos de graduação, exigindo, com base nessa avaliação, investimento específico nesse público potencial.

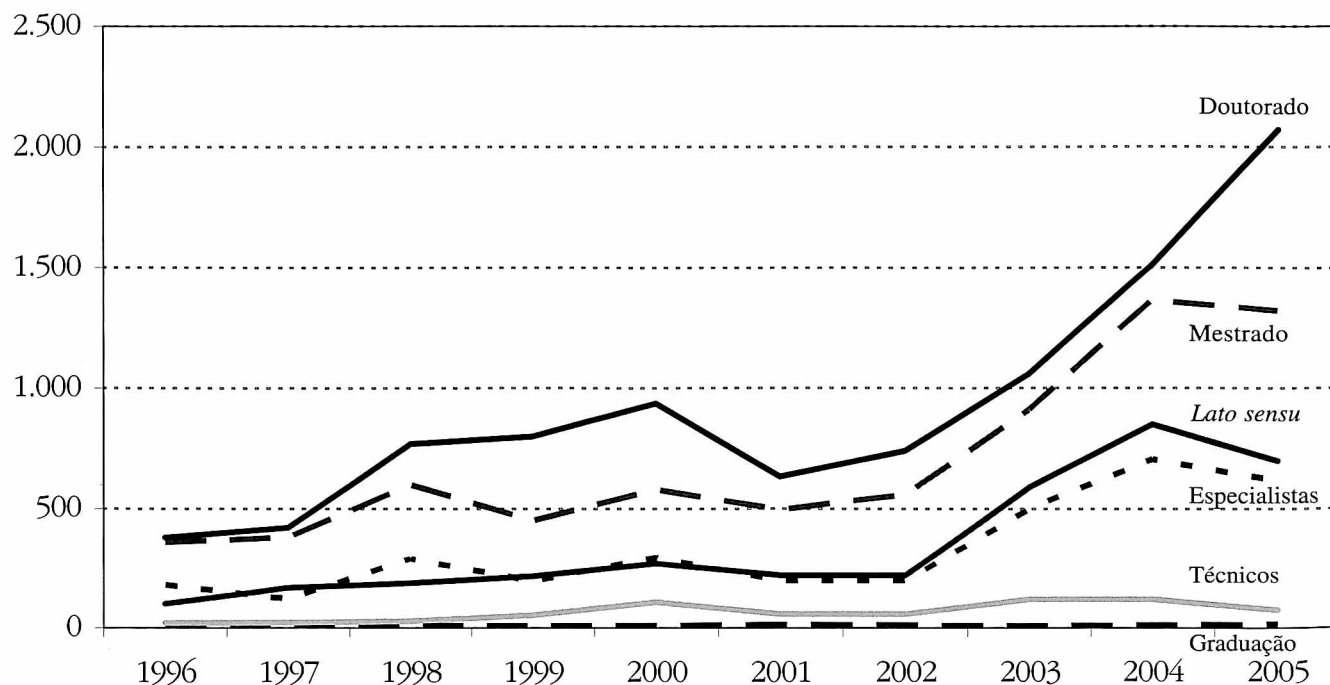
Gráfico 2 – Formação dos leitores da revista – 1996-2005

Nos gráficos 2 e 3, apresentam-se os perfis acadêmico e profissional dos leitores, evidenciando que, embora a revista atinja pouco os alunos de graduação, ela é lida por seus mestres e, possivelmente, utilizada por eles em suas aulas. Essa observação não redime a equipe executiva de *Ciência & Saúde Coletiva* de criar estratégias para se aproximar mais dos estudantes universitários.

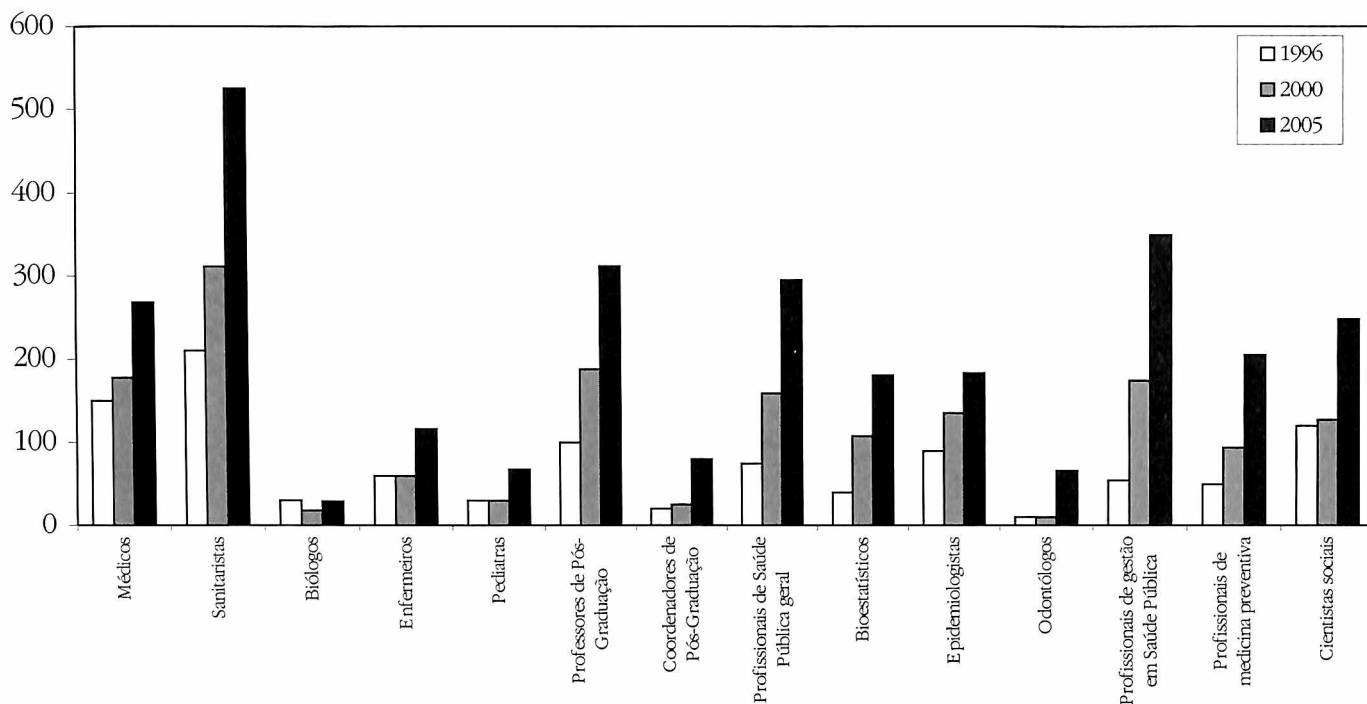
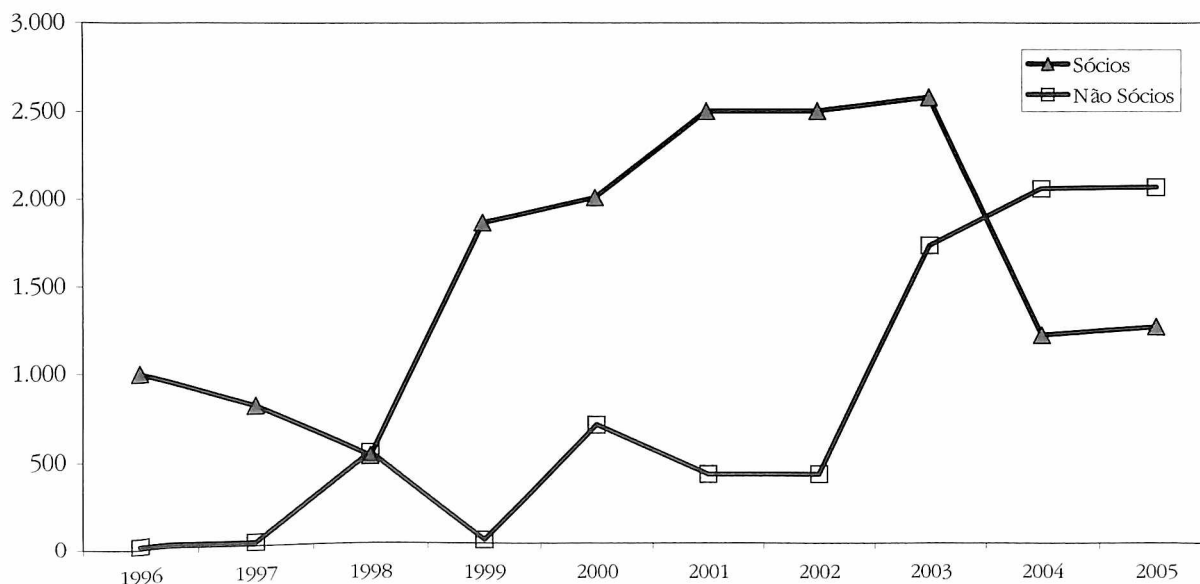
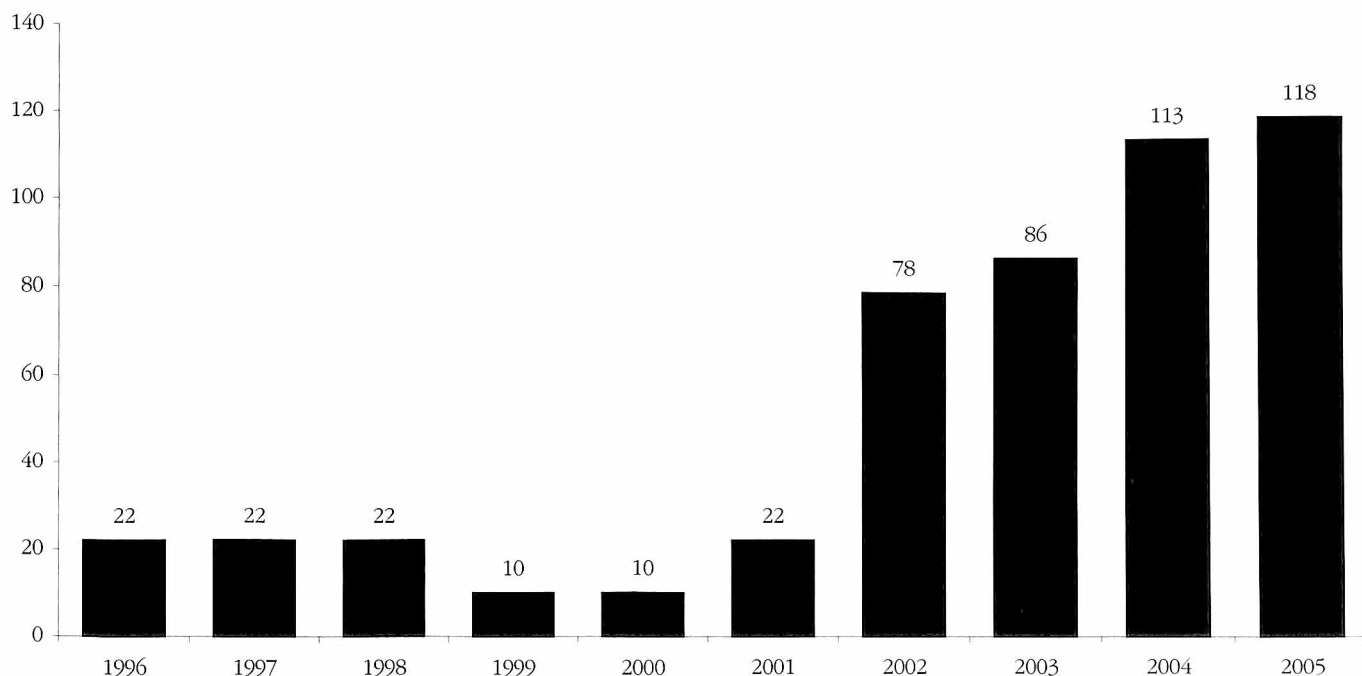
Gráfico 3 – Inserção profissional dos leitores e assinantes – 1996-2005

A avaliação mostra a queda no número de assinantes sócios da Abrasco. Isso se deve ao fato de que a instituição só distribui a revista para sócios adimplentes. Os picos correspondem à época dos diversos congressos institucionais em que a associação realiza uma política focalizada de filiação. Em contrapartida, cresceu enormemente o número de assinantes não-sócios e de vendas de números específicos, como pode ser observado no Gráfico 4:

Gráfico 4 – Assinantes sócios da Abrasco e não-sócios – 1996-2005

Requisitos de Confiabilidade Científica

Do ponto de vista científico, a revista segue todos os trâmites reconhecidos internacionalmente. Possui: a) uma editoria científica e uma equipe de editoria executiva. Os procedimentos de revisão técnica, de diagramação e de impressão são terceirizados; b) um corpo de editores associados que respondem pelas áreas principais de desenvolvimento da 'Saúde Coletiva/Pública' no Brasil – epidemiologia, planejamento e gestão de saúde, ciências sociais e saúde, ciência e tecnologia em saúde e ambiente; c) um Conselho Editorial composto por 68 pesquisadores doutores das instituições nacionais de saúde de todo o país e alguns representantes internacionais (Argentina, Peru, Venezuela, Colômbia, México, Chile, Canadá, Estados Unidos, Inglaterra); d) consultores *ad hoc*. Promove a avaliação por pares de todos os textos recebidos e publicados. O Gráfico 5 mostra a evolução do número de pareceristas que compõem o Conselho Editorial ou são *ad hoc*.

Gráfico 5 – Evolução do número de pareceristas do Conselho Editorial e *ad hoc* – 1996-2005

Cada artigo, logo que recebido pela secretaria executiva: a) é passado por um crivo editorial relativo a sua pertinência ao escopo da revista; b) se pertinente, é protocolado, processado e enviado, sem nome e sem vinculação dos autores, a dois pareceristas que têm vinte dias para se pronunciarem; c) esse artigo ou é devolvido com os devidos pareceres ou a editoria providencia novos consultores, no caso de não adesão dos primeiros; d) em situações de pareceres contraditórios, o artigo segue para um terceiro; e) quando o texto recebe opiniões de não-publicação ou demanda mudanças muito substanciais, ele é recusado pelo editor científico; f) quando as modificações solicitadas são pequenas e contribuem para o aperfeiçoamento do artigo, este é devolvido aos autores para as providenciarem; g) no caso de aceite do texto sem correções, ele entra, logo a seguir, numa lista dos que irão ser publicados.

No Gráfico 6, de forma evolutiva, pode-se visualizar o balanço entre o número de artigos recebidos, aceitos, rejeitados e publicados.

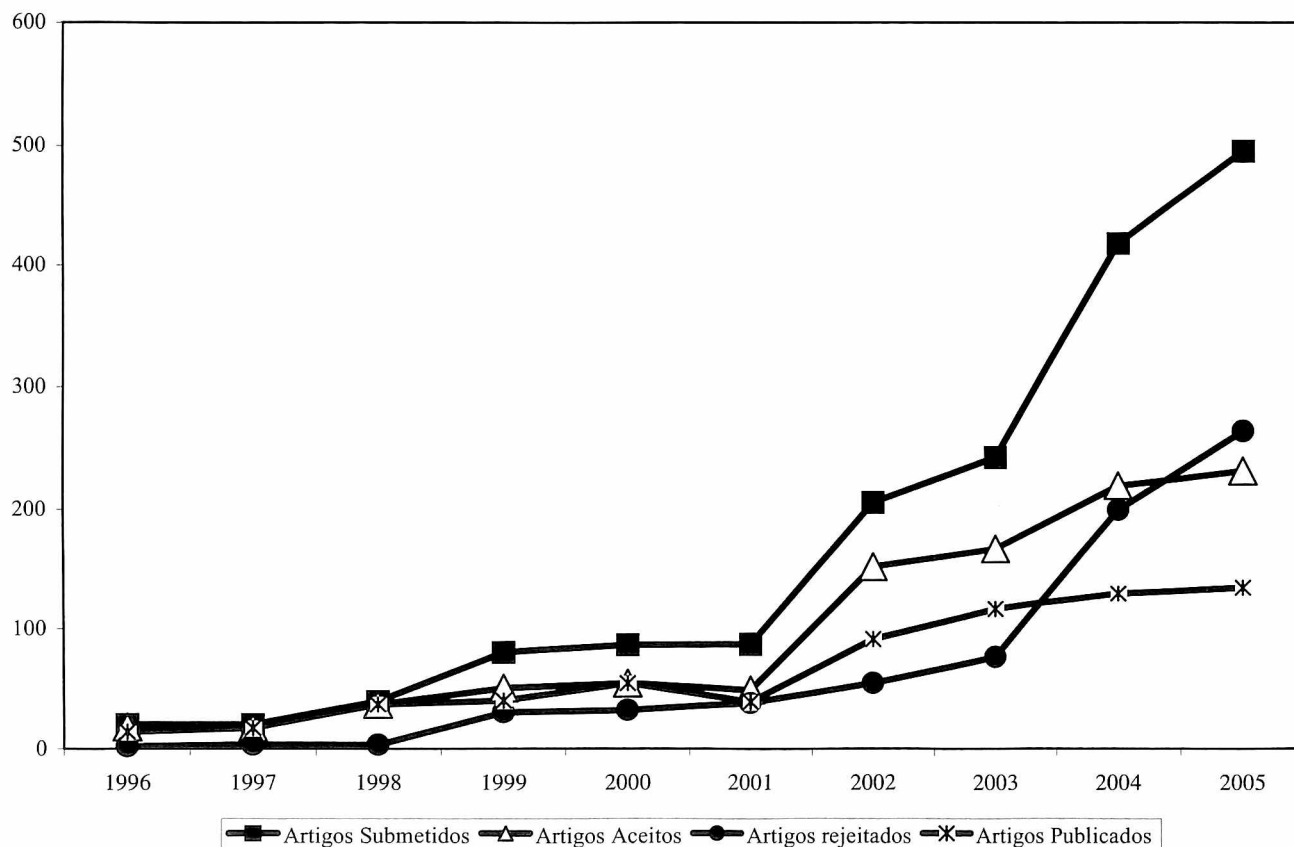
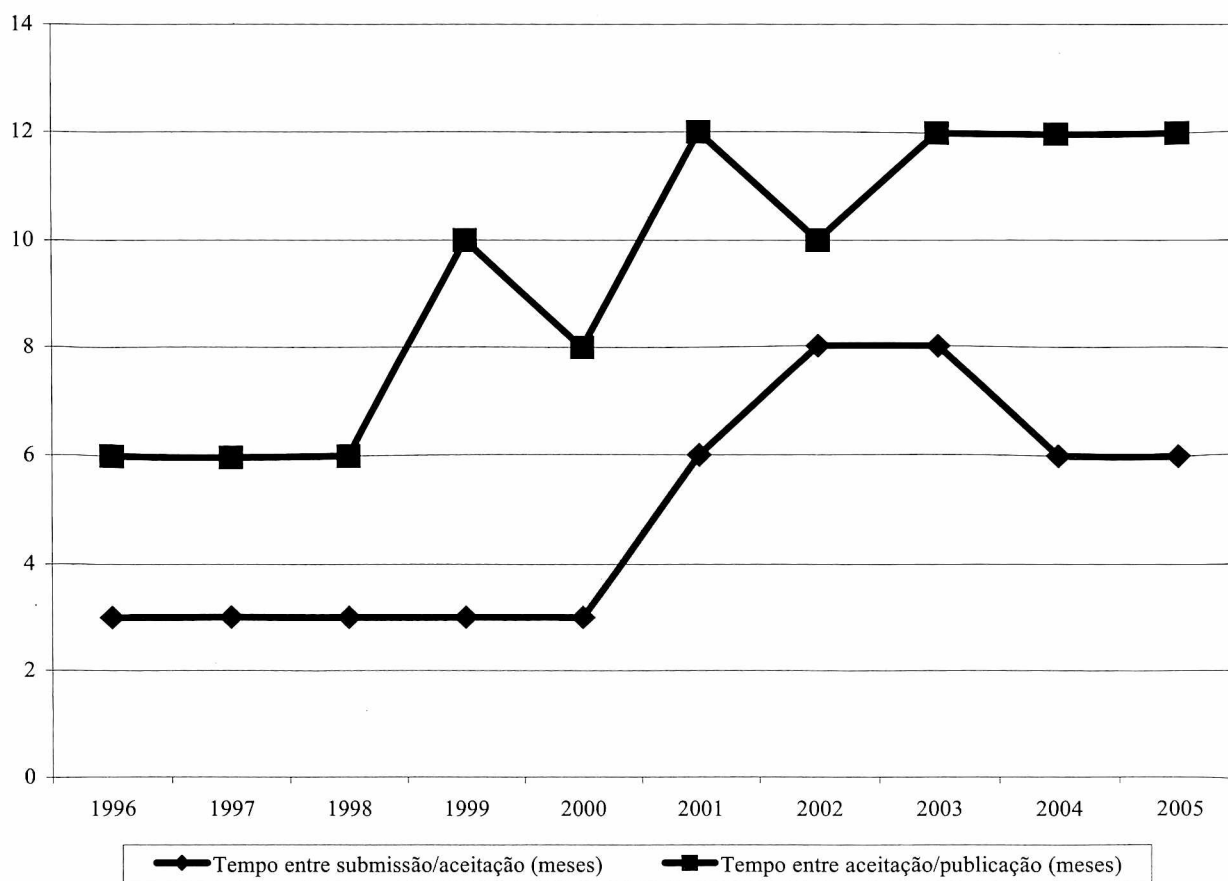
Gráfico 6 – Dinâmica de tratamento dos artigos – 1996-2005

No Gráfico 7, pode-se acompanhar também no tempo o fluxo entre a submissão de um artigo e sua publicação, no caso dos aprovados.

Gráfico 7 – Fluxo médio de tempo entre submissão e publicação de um artigo – 1996-2005

Procedimentos para Publicação dos Números Temáticos

Para cada número temático são convidados um ou mais editores, importantes especialistas no tema em questão. Esses editores inicialmente produzem um 'termo de referência', estabelecendo o objetivo, o sentido e a importância do assunto em pauta, escolhendo os articulistas e debatedores. Esse termo de referência é preparado em comum acordo com a editoria científica e enviado para os editores associados, que o lêem, criticam, opinam e, se for o caso, sugerem modificações. Uma vez aprovado o termo de referência, é estabelecida a data para sua divulgação dentro do

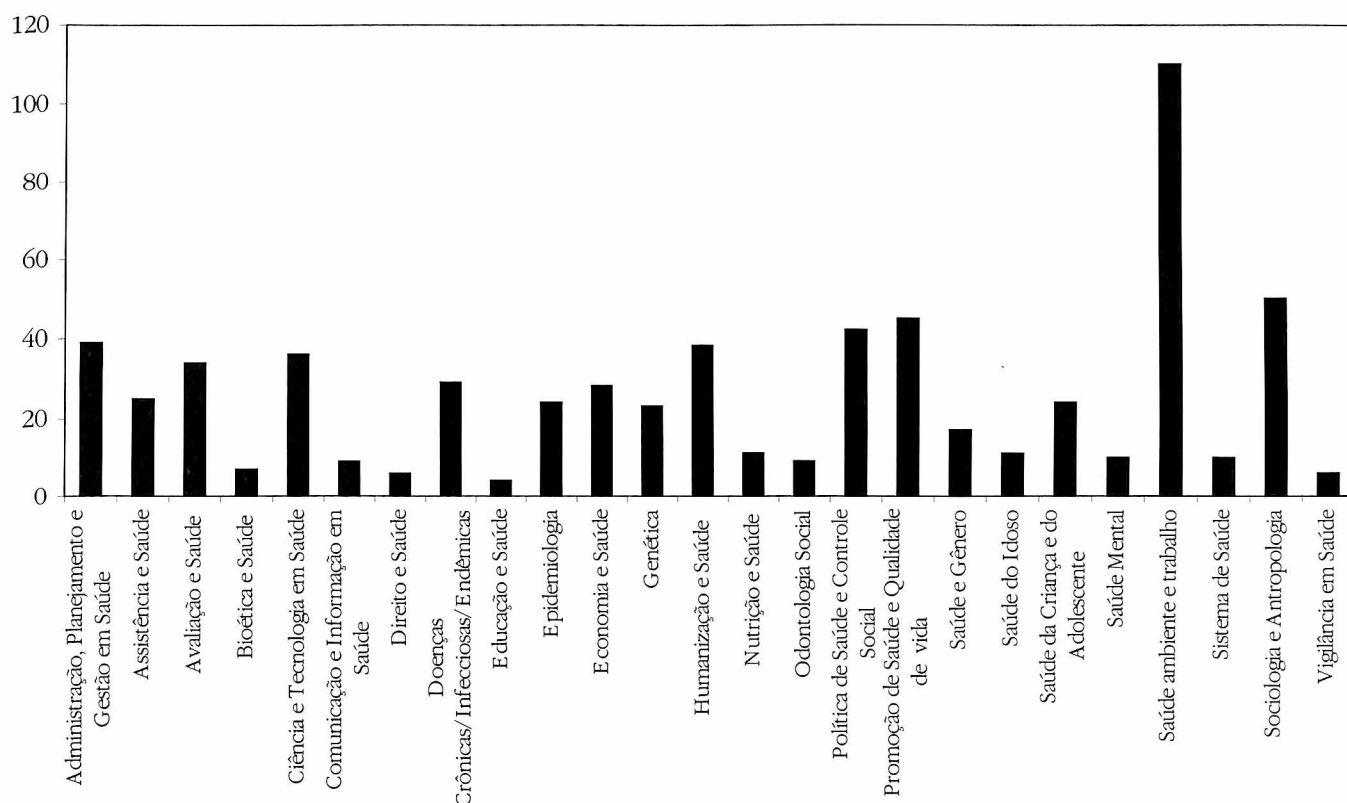
cronograma anual da revista, e os editores convidados passam a ser co-responsáveis, com a editoria científica, pela produção do número em questão. É importante esclarecer que, nos números temáticos, todos os artigos 'também passam por pareceristas', e os autores que são solicitados a apresentar artigos já sabem dessa condição para participar da iniciativa.

Em seu nascimento, a revista divulgava debates e temas livres. A partir de 1998 a ênfase vem recaindo em abordagens temáticas, e hoje são 27 os números que constituem o acervo de publicações de *Ciência & Saúde Coletiva*:

1996 (1): Temas livres e debate sobre o SUS.
1997 (1/2): Avaliação da pós-graduação em Saúde Coletiva.
1998 (1): Temas livres e debate sobre transdisciplinaridade.
1998 (2): Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento.
1999 (1): 'É possível prevenir a violência?'
1999 (2): Gestão do SUS: problemas, desafios e avanços.
2000 (1): Qualidade de vida e saúde.
2000 (2): 100 anos de Saúde Pública no Brasil.
2001 (1): O sujeito e a subjetividade na práxis da saúde.
2001 (2): A política de saúde no Brasil na década de 90.
2002 (1): Genética e Saúde Pública: desafios e perspectivas.
2002 (2): Temas atuais em Saúde Pública (temas livres).
2002 (3): Desafios da gestão local do sistema de saúde.
2002 (4): Acesso e uso de serviços de saúde no Brasil: análise da PNAD/98.[2]
2003 (1): Ciências sociais e saúde na América Latina na contemporaneidade.
2003 (2): Economia e gestão da política de saúde no Brasil.
2003 (3): Múltiplas abordagens em Saúde Coletiva (temas livres).
2003 (4): Integrando saúde do trabalhador e saúde ambiental: Observatório das Américas.
2004 (1): Ética e humanização em saúde (temas livres).
2004 (2): Pesquisa em saúde no Brasil: problematizando ciência & tecnologia do setor.
2004 (3): Perspectivas da avaliação em promoção da saúde.
2004 (4): Doenças crônicas não-transmissíveis.
2005 (1): Saúde do homem: alerta e relevâncias.
2005 (2): Análise de serviços, políticas e problemas (temas livres).
2005 (3): Humanização e produção de cuidados em saúde.
2005 (4): Saúde do trabalhador brasileiro: velhos e novos problemas.
2005 (supl.): Saúde, trabalho e ambiente.

[2] Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). No caso do objeto de estudo dessa revista, a pesquisa foi sobre saúde e serviços de saúde.

O Gráfico 8 apresenta o perfil do conteúdo editado por *Ciência & Saúde Coletiva*. É claro que a classificação e o agrupamento dos temas realizados pela editoria podem ter privilegiado algumas tendências. Apesar dessa contingência, ficam patentes que os textos divulgados correspondem ao campo da Saúde Coletiva, no qual, persistentemente, se encontram problemas de delimitação de fronteiras. No período em questão, esse problema ocorre e é permanente.

Gráfico 8 – Temas tratados na revista – 1996-2005

Nas páginas finais de cada exemplar são divulgados, durante todo o ano, pequenos resumos sobre os números temáticos em processo de produção. Essa iniciativa possibilita que pesquisadores do Brasil e de outros países enviem sua contribuição, ainda que não tenham sido convidados pelos editores, induzindo-se, assim, uma oferta espontânea de textos que são incorporados à edição temática.

Financiamento

Ciência & Saúde Coletiva é financiada, em parte, pela Abrasco, que a mantém por meio de assinaturas nacionais e internacionais, institucionais e individuais. Mais duas instituições, em toda a história do periódico, têm sido fundamentais para garantir seu sucesso, pontualidade na entrega e qualidade editorial: a Fundação Oswaldo Cruz, que sedia sua secretaria executiva e a apóia institucionalmente, e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), que desde o seu início vem colaborando com sua avaliação, o que constitui um selo de qualidade e assegura parte de seu financiamento. Além dessas duas entidades, o Ministério da Saúde freqüentemente colabora com o financiamento de números que lhe atendem a interesses específicos.

Tiragem

A tiragem do periódico é hoje de três mil exemplares, o que se pode considerar um sucesso, pelo menos na América Latina. Além dos sócios da Abrasco, há cerca de quatrocentas assinaturas institucionais e individuais e um elevado número de assinaturas ou compras por parte de não-sócios, além de um pequeno montante de permuta e distribuição para bibliotecas nacionais e estrangeiras, como indicado anteriormente. Quando existe interesse de alguma instituição por números específicos, há um aumento ocasional da tiragem. É o caso, por exemplo, da última de 2005 (10.4/2005), que trata de "Saúde do Trabalhador: velhos e novos problemas". O Ministério da Saúde demandou dois mil exemplares extras, para serem distribuídos aos delegados da III Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores.

Indexação

Atualmente, *Ciência & Saúde Coletiva* está indexada na base Scielo (desde 2002) e em várias outras bases, como Lilacs (Biblioteca Latino-Americana de Ciências da Saúde), Latindex (Sistema Regional de Información em Línea para Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, Portugal e España), Red ALCyC (Rede de Periódicos Científicos América Latina y el Caribe, Portugal y España) e CSA (Sociological Abstract), CAB International/Global Health Abstracts (Commonwealth Agricultural and Apllied Sciences Database & Global Health International

Public Health Database), Repdisca (Sanitary Engineering and Environmental Sciences Documentation Collection) e Doarj (Diretory of Open Access Journals). Aguarda-se resposta ao pedido de indexação da revista no Medline (U.S. National Library of Medicine).

Visão de Futuro e Parcerias

Desde 2005 vem-se trabalhando para que a revista atinja um patamar a mais em seu aprimoramento e qualidade. Trabalhou-se para que *Ciência & Saúde Coletiva* pudesse entrar no ano 2006 com um plano de modernização em vários sentidos: a) informatização de todos os procedimentos editoriais, o que já está ocorrendo; b) plena vigência (o que já está acontecendo desde janeiro de 2006) do endereço eletrônico <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>, no qual artigos estão sendo aceitos *on-line*, há divulgação permanente de notícias que interessam ao público da revista, informações sobre todas as publicações anteriores, *links* para parceiros e todas as bases de indexação. Sobretudo, é o local onde estão sendo divulgados todos os textos aprovados por pareceristas e em compasso de espera para publicação em papel. O importante desta última iniciativa é que os autores podem citar esses artigos que forem colocados na revista *on-line*, valendo-lhes para compor seu currículo; c) um grau mais elevado de internacionalização no que se refere a autores, colaborações e composição do Conselho Editorial; d) parceria com várias outras revistas científicas, dentre elas *Environmental Health Perspective*, *Revista de Salud Pública* (México), *Ciencia y Trabajo* (Chile), *Salud Colectiva* (Argentina), *Revista Brasileira de Epidemiologia* (da Abrasco), *Cadernos de Saúde Pública* e *Revista de Saúde Pública do Brasil*. Com a primeira, a parceria implica a publicação, em ambas, de artigos de revisão do estado de conhecimento de determinados temas sobre saúde e ambiente. Em relação às outras, a parceria consiste, nesse primeiro momento, na divulgação mútua de produtos, artigos e eventos que cada uma apóia. Constitui ainda um projeto de elevado interesse e investimento imediato a divulgação, para a mídia, dos achados publicados em artigos de pesquisa, dentro do espírito público que consagrou a Abrasco no Brasil, produzindo *Ciência & Saúde Coletiva para a Sociedade*. Este é o *slogan* que abre a página da revista *on-line*.

Conclusões

É difícil falar de uma obra quando se está inteiramente imerso nela. Mas, para atenuar o viés emocional de quem cuida da revista como quem cuida de uma filha, este texto foi lido, apreciado e corrigido pelos editores associados da publicação. Muito foi feito e há muito por fazer no crescimento e aprimoramento de *Ciência & Saúde Coletiva*. Um ponto fraco que foi detectado pela pesquisa que deu origem a este texto é o processo de divulgação dos importantes artigos e outros tipos de material produzido. Ele é ainda muito endógeno, atinge os iniciados da área, mas não a população em geral, e muito pouco os estudantes de graduação.

Também muitas lições foram aprendidas. A primeira delas apaga o medo que, em algum momento, a diretoria tinha ao investir nessa façanha. O tempo mostrou que, em todas as áreas editoriais, a internet não acabou com a comunicação escrita. Pelo contrário, em todo o mundo, inclusive no Brasil, cresceu e está crescendo a indústria editorial impressa (também a científica), que potencializa as publicações virtuais e é potencializada por elas. A revista *Ciência & Saúde Coletiva*, da Abrasco, no pouco tempo de divulgação *on-line*, é prova dessa sintonia e dessa convergência de mídias.

Outra lição veio do reconhecimento da importância das parcerias. Hoje, *Ciência & Saúde Coletiva* tem *link* no *site* para todas as instituições parceiras e bases de indexação, permitindo-lhe um crescimento no processo de divulgação e internacionalização.

O respeito e o carinho dos autores e leitores, as sábias orientações do seu corpo de editores e conselheiros, a dedicação incomensurável de seu grupo executivo, o apoio das sucessivas diretorias da Abrasco tornaram-na imprescindível no mercado das idéias em Saúde Coletiva no Brasil. Seu formato temático, captando os assuntos de profundo e indiscutível interesse para o debate e para o conhecimento em Saúde Coletiva, faz a diferença e lhe reserva um nicho privilegiado no fervilhar das idéias e das pesquisas em saúde.

Dessa forma, comemorando dez anos e rememorando seu início pequeno e tímido – sem esquecer que, até hoje, o financiamento de cada número é também uma façanha –, pode-se dizer que valeu a pena a Abrasco acreditar nesse projeto. O futuro, cujas coordenadas não dependem apenas da associação, mas do próprio mover do campo da ciência e tecnologia e, sobretudo, do mercado de divulgação científica, está aberto. No entanto, as bases da construção são sólidas e inquebrantáveis.

Ciência & Saúde Coletiva
Múltiplas abordagens
em saúde coletiva
Multiple approaches
in collective health

Imagem 15

6. *Revista Brasileira de Epidemiologia*: uma história narrada com base em seus editoriais

José da Rocha Carvalheiro
Marilisa Berti de Azevedo Barros
Marina França Lopes

Traçar a história de menos de uma década de uma revista científica não é tarefa simples para ninguém. Menos ainda para quem está tão envolvido quanto os autores deste texto. Optamos por enunciar alguns itens que consideramos relevantes, redigir uma interpretação com o inevitável viés de quem viveu os momentos cruciais da elaboração da proposta da revista e, sobretudo, criou a 'carpintaria' própria de um periódico científico.

Excluindo os três primeiros itens, os demais compõem uma seleção de textos transcritos diretamente dos editoriais, intercalados com juízos críticos sintéticos, com que os responsáveis pelo periódico foram dando conta do processo que se seguiu. Após a apresentação das origens da *Revista Brasileira de Epidemiologia* (*RBE*), com ênfase nas polêmicas em torno da criação de um periódico de inscrição disciplinar e do nome que deveria receber, a narrativa segue com a transcrição quase integral do editorial do primeiro número, que foi uma produção coletiva. Neste editorial é mencionada Cecília Donnangelo, que, com sua inimitável irreverência, afirmou: "somos, na Saúde Coletiva, um conjunto maior de atores do que de autores". Os demais editoriais foram em geral assinados pelo editor, porém com prévia anuência dos Editores Adjuntos. Editoriais especiais, sempre sobre temas específicos e assinados por especialistas convidados, serão também mencionados.

Dividimos o texto em seções que buscam apresentar: 1) os momentos iniciais; 2) o período de crise vivido em 2000; 3) o processo de

recuperação e consolidação da *RBE* de 2001 a 2004, cujo marco mais significativo foi o ingresso na base Scientific Electronic Library Online (SciELO); 4) a transcrição, na última seção, de trechos de alguns editoriais considerados especialmente relevantes por abordarem temas especiais.

Momentos Iniciais

Um conturbado prelúdio: em Itaparica o editor foi contra

No Seminário "Estratégias para o Desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil", realizado em Itaparica (Bahia), em 1989, definiu-se o I Plano Diretor da Epidemiologia no Brasil. Foi apresentada nessa reunião contribuição sobre as "Estratégias para divulgação da produção técnico-científica em epidemiologia", posteriormente publicada em periódico nacional (Carvalheiro, 1990). O autor da apresentação posicionou-se contra a criação de um periódico brasileiro de epidemiologia. Propunha fortalecer a linha editorial da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), transformando os *Estudos de Saúde Coletiva*, que estavam em seu quinto volume, numa revista de Saúde Coletiva, incluindo todas as disciplinas da área, inclusive epidemiologia. Transcrevemos:

> A estratégia própria da Epidemiologia Brasileira deve ser traçada em conjunto com a das demais áreas da Saúde Pública. Em vista dos resultados já conseguidos, o projeto editorial da Abrasco deve ocupar o centro do palco. Acredito que deve ser o ponto central de atuação da Abrasco: a consolidação da entidade passa pela de sua linha editorial e de seus congressos.

A Comissão de Epidemiologia promove nascimento e registro civil

Não houve consenso a respeito da proposta de Itaparica. A Comissão de Epidemiologia da Abrasco, posteriormente, decidiu ser imprescindível consolidar a área com uma publicação especializada. Aderia a uma definição operacional muito difundida na época: "uma disciplina científica tem objeto e método próprios e, ademais, um Congresso e uma Revista para discutir e difundir suas idéias". Não satisfeita, a Comissão tomou duas iniciativas 'de risco', bem a caráter para a disciplina envolvida: deu à nova revista um nome (*Epidemiologia: teoria e prática*) e convidou um editor científico. Ambas arriscadas: nem o nome nem o convidado eram consensuais. Afinal, tinha sido este o autor da proposta em Itaparica.

No segundo Plano Diretor, de 1995, já está formulada a proposta de "criar uma revista de Epidemiologia", considerando a "necessidade de

ampliação da divulgação de artigos científicos e livros". Na verdade, a estratégia de realizar as oficinas e reuniões para elaboração dos Planos Diretores da Epidemiologia (da Abrasco) foi fundamental para inibir propostas de criar uma 'Associação de Epidemiologia' desvinculada do campo da Saúde Coletiva. Essas reuniões também levaram a focalizar as questões especificamente na epidemiologia (igualmente significativas, ou não, para as outras disciplinas do campo) e sem dúvida delineando fronteiras entre as áreas. A proposta de um planejamento específico para a epidemiologia (incluída aí a criação de uma revista específica) afinava com o contexto que exigia um aprofundamento técnico-científico para garantir até mesmo a respeitabilidade e competência do campo da Saúde Coletiva. Também a experiência no mundo desenvolvido mostrava o espaço diferenciado e importante para a existência de periódicos destinados a disciplinas e subtemas específicos, processo que só fez por se aprofundar.

O editorial do número 1 da revista contém comentários que traduzem razoavelmente as idéias prevalecentes naquele momento. Também o projeto de criação da revista apresentado pela Abrasco ao Ministério da Saúde para obtenção de recursos traduz essas idéias. Esse projeto encontra-se nos arquivos da entidade.

A escolha do Conselho Editorial e dos assessores; a controvérsia a respeito do nome e os argumentos utilizados; a votação e o 'colégio eleitoral': o empate e o desempate

O nome não agradou aos padrinhos: a celeuma criada em razão disso foi difícil de resolver. Lembrou-se que esse nome era o mesmo de um livro recentemente publicado por prestigiado professor. Este, em cortês comunicado, foi alertado formalmente sobre a coincidência dos nomes.

Os primeiros convidados para membros do Comitê Editorial receberam cartas em que constava um esboço de timbre (em português e inglês) com o nome escolhido pela Comissão. Avolumando-se o número de descontentes, foi preciso submeter a questão a um 'colégio eleitoral' arbitrariamente composto: era momento de transição entre gestões sucessivas da Abrasco, consultaram-se os membros das duas diretorias e das duas comissões de Epidemiologia (as que saíam e as que entravam!), além de todos os membros do já escolhido Conselho Editorial. Argumentos foram apresentados em favor de três possíveis denominações: "Epidemiologia: teoria e prática", "Epidemiológica" e "Revista Brasileira de Epidemiologia". Documentos produzidos na época estão conservados nos arquivos da *RBE*. Transcrevemos apenas o que constou no instrumento de coleta das opiniões (a 'cédula eleitoral'):

> EPIDEMIOLOGIA: teoria e prática. Este título condensa os dois segmentos principais de trabalho da ABRASCO: sua área acadêmica e os de saúde, além de ressaltar o vínculo entre ambos.
>
> EPIDEMIOLÓGICA. Este título condensa o máximo de sentidos em um único termo. O adjetivo substantivado remete por elipse tanto ao veículo revista quanto à ciência, à pesquisa, à teoria, à prática, etc. Presta-se ainda à conotação tangencial de lógica epidemiológica que seguramente encapsula um importante elemento da "escola brasileira".
>
> REVISTA BRASILEIRA DE EPIDEMIOLOGIA. Este título é coerente com a tradição do mercado editorial de fazer constar nos nomes dos periódicos uma indicação do país (American, British, Venezolana, Indian, etc.). A Revista vinculada à ABRASCO representa o canal natural para a divulgação de produção epidemiológica nacional.

O processo de escolha exigia maioria absoluta de votos com segundo turno entre os dois mais votados, caso não se atingisse essa maioria. Votaram 23 membros do mencionado 'colégio'. O resultado indicou empate entre "Epidemiológica" e "Revista Brasileira de Epidemiologia", com dez votos; "Epidemiologia: teoria e prática" teve apenas três votos. A votação foi aberta. Nos arquivos da revista encontram-se as cédulas assinadas pelos eleitores como testemunho desse incidente de percurso que retardou por quase um ano a edição do número inaugural. A decisão óbvia foi a de realizar novo escrutínio apenas entre os três que optaram pelo nome original. Destes, dois votaram no nome definitivo: *Revista Brasileira de Epidemiologia.*

Primórdios acadêmicos, técnicos e administrativos: a estrutura do peer review *e a complexa proposta de dois resumos* (Abstract e Extended Summary)*; a carpintaria da dinâmica operacional e a escolha da capa e do belo 'fôlder sanfona'*

Os dois primeiros editoriais, transcritos quase na íntegra a seguir, dão conta dos arranjos em que se baseia a edição da *RBE* e, em particular, do que tem sido sua marca mais característica, os "Debates" e a seção "Gavetas e Prateleiras":

> Durante décadas os profissionais brasileiros da área de Epidemiologia se ressentiram da ausência de uma revista especializada. Estivessem nas Universidades, Institutos de Pesquisa ou nos Serviços de Saúde. A todos sempre pareceu que um veículo próprio de divulgação conduziria, fatalmente, a uma consolidação do nosso modo de fazer epidemiologia. Intuitivamente imaginava-se que uma revista própria seria capaz de vencer a maldição que nos acompanha de sermos melhores do que faz crer a nossa produção em periódicos com crítica editorial e ampla circulação. A saudosa

Cecília Donnangelo, cientista social de fundamental importância na saúde coletiva brasileira, traduziu essa sina com uma frase de efeito: "Somos mais *atores* que *autores*".

Em cada cabeça, por suposto, encontrava-se uma definição do que afinal tem de tão peculiar a "nossa epidemiologia". Pensemos nos precursores do século XIX e, especialmente, da passagem para o século XX. Com o surgimento da investigação experimental e "de campo" na área da saúde foi-se conformando um modelo que, ultrapassando a cabeceira do doente, deitou as profundas raízes da abordagem interdisciplinar. Foram diversos os grupos em que se deu o desenvolvimento desta nossa maneira de sermos cientistas. Estabeleceram uma competição cordial e foram capazes de dar origem a centros de pesquisa ainda hoje ativos e militantes. A maior, ou menor, proximidade da investigação de campo com o atendimento hospitalar e ambulatorial e com a chamada pesquisa biomédica básica conduziu a distintos estilos de organização da produção de conhecimento na área. Portanto, as diversas cabeças que elaboram as sentenças a respeito do que é a "nossa epidemiologia" são, como a da Hidra, são cabeças coletivas.

Assumindo essa multiplicidade, não poderíamos banalizar a proposta tanto tempo acalentada de editar uma revista da *Abrasco* especializada em epidemiologia. Afinal, a associação congrega todos os profissionais da área, academia e serviços. Não poderia cometer o delito de se transformar no veículo de divulgação das idéias de uma única das tendências da epidemiologia brasileira (e mundial). Deveria recolher a produção relevante na área e fazer o possível para divulgá-la amplamente. Sem qualquer patrulhamento ideológico ou epistemológico. Baseando sua política editorial na qualidade e na relevância das contribuições e no julgamento pelos pares. Com rigorosa crítica editorial.

Para atender aos anseios de ampla divulgação no exterior, foram tomadas medidas de dupla natureza. Primeiro, quanto ao idioma. Reconhecer a realidade do inglês como a *língua franca* contemporânea não representa necessariamente submissão a nenhum tipo de colonialismo cultural. Até porque houve o reconhecimento, também, da realidade da integração econômica, política e cultural da América Latina. Não é por acaso que já se fala, fora do continente, numa *epidemiologia latino-americana*. Decidiu-se aceitar artigos e contribuições nos três idiomas: português, espanhol e inglês com um Resumo mais extenso (Extended Summary) em inglês, sempre que o texto principal for escrito num dos outros dois idiomas. A segunda medida dirigiu-se ao âmbito da divulgação e da busca ativa de autores. Desencadeou-se uma ampla campanha em diversos países, especialmente por intermédio de veículos internacionais. Não há contradição, se quisermos ser lidos lá fora precisamos abrir nossos veículos de debate científico às contribuições do exterior. Os modernos meios de comunicação de idéias, que já invadiram o âmbito da ciência, estão aí para serem usados.

Para que essas idéias se concretizassem foi uma árdua jornada. Reuniões semanais entre os editores indicados, a Comissão de Epidemiologia, a Secretaria Executiva e a própria Diretoria da Abrasco. Durou mais de um ano esse processo complexo. A escolha definitiva do nome da revista foi mais tumultuada do que se esperava. Superou, na polêmica, a discussão sobre a composição do Conselho de Editores: editor científico, editores adjuntos e associados, grupo de assessores. Por fim, esse ideário veio à luz através de um folheto de divulgação e propaganda que registra um momento importante da epidemiologia brasileira.

Ao mesmo tempo que se davam os passos decisivos na escolha do eixo da revista, começou o trabalho de garimpo de contribuições. Desde logo decidiu-se pela não edição de um "número zero" composto exclusivamente por artigos encomendados. Encomendar significa, quase certamente, a obrigação de publicar. Ou, então, não é encomenda. Preferiu-se incentivar os autores potenciais a encaminharem suas contribuições, sem configurar compromisso com a publicação automática. Este é um processo mais seguro, porém extremamente demorado. Um trabalho encaminhado não leva menos que seis a oito meses para vencer todas as etapas. Pelo menos nesta fase inicial de estabelecimento das rotinas de trabalho e da "carpintaria" da revista. Contamos com o apoio contínuo de diversas pessoas e instituições das quais devem ser mencionadas: em primeiro lugar, a Secretária da revista, Maria Luiza Ernandez (Malu), que emprestou sua dedicação e experiência à tarefa de tornar operacionais as idéias que iam sendo formuladas, em particular pelo papel decisivo na composição da equipe técnica de revisão, tradução e normalização; a Faculdade de Saúde Pública da USP, em cujas dependências nos instalamos, com todas as facilidades oferecidas por sua Diretoria; além dos organismos próprios da instituidora, Abrasco e do patrocinador Cenepi, do Ministério da Saúde.

O ritmo de recepção das contribuições, inicialmente lento, foi-se acelerando com o tempo. Embora o lançamento do primeiro número tardasse mais do que imaginávamos, acreditamos que a divulgação foi eficaz e responsável pelo fluxo contínuo dos trabalhos. Os próprios relatores, recrutados por indicação dos Editores Associados, devem ter servido como amplificadores da notícia. Afinal, ninguém melhor do que eles para anunciar que a revista vivia, ainda que não tivesse visto a luz do dia. Foi um parto demorado, mas eutócico. Pelo menos no que diz respeito ao fiel cumprimento das regras do jogo, previamente enunciadas. Os autores que tiveram trabalhos "transitados em julgado" foram os primeiros a saber: seriam publicados no número inaugural, após terem circulado, sob anonimato, pelo sistema de julgamento pelos pares.

Este número inaugural da Revista traduz o longo percurso descrito acima. Compõe-se de trabalhos que expressam uma diversidade temática com que certamente editores, autores e leitores irão sempre conviver. É auspicioso

que, sem que tenha havido nenhum esforço especial, já no primeiro número apareçam trabalhos em dois idiomas oficiais da Revista. O Corpo de Editores aguarda, com fundadas esperanças, que o conjunto dos profissionais da área encaminhem contribuições que se enquadrem na nossa proposta editorial. Sobretudo, que encaminhem sugestões, críticas e comentários relacionados com o projeto de implantação da Revista, que se pretende coletivo. (*Revista Brasileira de Epidemiologia*, 1(1), abr.1998)

Este segundo número da Revista Brasileira de Epidemiologia apresenta duas novidades que se incorporam a nossa linha editorial, como já havia sido anunciado anteriormente. Uma, o primeiro *Artigo Especial*, modalidade com que os leitores passarão a conviver daqui por diante. Serão sempre textos encomendados a especialistas consagrados em nosso campo temático. Para inaugurar esta seção, seria difícil encontrar Autor mais consagrado, verdadeira unanimidade internacional como um dos maiores epidemiologistas do século, Sir Richard Doll. O texto escolhido é inédito, tendo sido apresentado pelo Autor como Conferência no Congresso de Epidemiologia da Abrasco, realizado no Rio de Janeiro (EpiRio 98).

A segunda novidade é a inauguração de uma Seção de *Debates*. Esta será uma seção permanente da Revista, embora nem sempre formalizada na modalidade com que se apresenta neste número. A idéia é manter acesa a polêmica, o debate, a controvérsia sobre temas relevantes em nosso campo de atuação. Daremos espaço ao debate de idéias em qualquer dos terrenos: teórico, prático, metodológico, opinião. Por sua essência, será a seção de *Correspondência* aquela em que os leitores poderão participar espontaneamente tornando-a dinâmica e conduzindo as discussões para o terreno de escolha do público leitor. Eventualmente, o debate poderá ser induzido juntando cartas espontâneas e críticas encomendadas, antes da resposta do autor original. Será uma espécie de Consenso e Dissenso, habitual em algumas revistas da área.

Um formato mais convencional inicia o processo por um artigo encomendado, seguem-se críticas também encomendadas e finaliza com a resposta do primeiro autor. Neste número damos início a este tipo de debate com um artigo *Por uma epidemiologia da saúde coletiva* e comentários de dois membros do Comitê Editorial da Revista.

Outro tema para debate mais formal já foi escolhido pelo Comitê Editorial. Trata-se de ingressar numa polêmica que, no momento, figura com destaque na maioria dos periódicos científicos de circulação mundial. Existem múltiplas éticas na pesquisa científica que envolve seres humanos? Haverá uma ética para as investigações realizadas nos países subdesenvolvidos, mais branda que a dos países industrializados? A ética das investigações de "mundo real", envolvendo milhares de pessoas, na reta final dos testes de eficácia (fase III) de medicamentos e vacinas, é diferente da ética dos ensaios

em pequena escala (fase pré-clínica e fases clínicas I e II)? Para introduzir este tema na literatura científica epidemiológica no Brasil, encaminhando uma espécie de visão terceiro-mundista nesta polêmica mundial, escolhemos uma das questões mais candentes da atualidade: a Controvérsia da Vacina anti-HIV/aids. Para coordenar o Debate foi convidado Dirceu Bartolomeu Greco, da UFMG, que tem representado o Brasil em diversos encontros internacionais sobre o tema promovidos pela UNAIDS (OMS). Os debatedores serão convidados pelo Editor Especial para encaminhar contribuições de extensões variáveis. Geralmente, haverá um ou mais artigos introdutórios, seguidos no mesmo número ou em números sucessivos da Revista por contribuições de menor extensão, encomendadas ou espontâneas. Nesta modalidade também serão aceitas sugestões dos leitores para novos temas e debatedores.

Uma alternativa, mais usada em jornais diários e que tentaremos adaptar a uma revista periódica de Epidemiologia, é a de simplesmente enunciarmos temas que podem ser debatidos de uma maneira menos formal, num momento inicial, para se transformarem num debate mais formal, na seqüência. As contribuições, neste caso, necessariamente limitadas em sua extensão, por exemplo a uma página, serão selecionadas por um dos Editores da Revista. Também, como no caso anterior, serão aceitas sugestões.

Outra modalidade será constituída por *Mesas-Redondas*, reais ou virtuais, geralmente encomendadas pelos Editores. Algumas poderão ser as que se programarem para Congressos da área, mas não somente; a Redação da Revista poderá ser o palco da Mesa-Redonda, com ou sem público. Esperam-se sugestões.

Entrevistas especiais e Reportagens, geralmente conduzidas pelo corpo de Editores, também poderão ser indutoras de debate. Sugestões também aqui são bem-vindas, sendo natural que os Congressos da área, realizados no Brasil ou no exterior, sejam momentos privilegiados para a realização destas atividades.

A seção *Gavetas e Prateleiras*, que será inaugurada no próximo número, também deverá ser uma fonte inesgotável de temas para debate. Por sua essência, estará aberta a indicações de textos.

Procuramos indicar os formatos das seções de Debates mais comuns em revistas da mesma natureza desta Revista Brasileira de Epidemiologia. Evidentemente, esperam-se sugestões dos leitores que superem nossa limitada criatividade. Quem sabe não poderemos ter alguma idéia inusitada provinda dos leitores e que acabe por ser a marca registrada dos nossos debates? O conteúdo principal deste número é resultado do processo editorial convencional, comum a todos os periódicos científicos. Conduzido pelos Editores, tem como protagonistas os Autores, os Editores Associados e os pareceristas *ad hoc* recrutados na comunidade científica da área. Este processo

> de revisão por pares (*peer review*) caminha sempre com suas próprias pernas. Mantidas as regras enunciadas em nosso número inaugural, os artigos irão sendo publicados à medida que completem o longo percurso de interação entre pareceristas e autores. (*Revista Brasileira de Epidemiologia*, 1(2), ago.1998)

Ainda no primeiro ano é publicada a primeira "Prateleira": Winslow e Gunnar Myrdal discutem em Genebra o "Valor econômico da saúde" dos brasileiros Ribeiro, Ferreira & Braga:

> Com este número completamos o primeiro ano da Revista Brasileira de Epidemiologia. Tem sido uma árdua batalha que estamos nos esforçando por vencer com auxílio dos leitores, colaboradores e, em especial, de nossos pareceristas *ad hoc*. Incluímos nele um *Artigo Especial*, um primeiro trabalho da seção *Gavetas e Prateleiras*, além de seis *Artigos Originais*.
>
> Inauguramos neste número a seção *Gavetas e Prateleiras*, com a finalidade de resgatar textos importantes que tenham marcado época pelo seu significado no campo teórico, metodológico ou mesmo pela riqueza de um relato factual. Poderão ser inéditos (as *gavetas*) embora divulgados informalmente, o que é uma tradição em nossa área. Preferivelmente serão publicações "clássicas" de grande repercussão, ou mesmo precursores que tenham passado (quase) despercebidos, sempre com grande potencial de gerar polêmica e/ou controvérsia que alimente a seção correspondente da Revista (as *prateleiras*). Esperam-se indicações dos leitores para textos nesta seção.
>
> A primeira contribuição para esta seção é curiosa. Como se verá na apresentação do Editor convidado, José Ruben de Alcântara Bonfim, o documento escolhido como inaugural somente teve uma edição extremamente limitada, quase um mimeografado. Embora uma publicação da extinta Fundação SESP, do Ministério da Saúde, não se encontra em nenhum registro oficial. Não consta também de nenhum dos registros de publicações dos autores. É, portanto, uma espécie de híbrido entre uma gaveta e uma prateleira. Destaco dois aspectos relevantes. Um, relacionado com a verdadeira obra de arqueologia que o Editor especial, José Ruben, realizou; outro, com a obra em si. Acompanhar o trabalho do Editor especial foi fascinante: com a estreita colaboração do Dr. José Esparza, da UNAIDS, em Genebra, foi possível ter acesso às atas da Assembléia Mundial de Saúde em que os brasileiros "Maneco" Ferreira e Ernani Braga apresentaram o *Economic value of health*. Daí a ter um levantamento completo da Bibliografia do final da obra foi uma distância enorme, coberta pelo Editor especial com pertinácia. Descobrir quem foi o autor principal, Paulo de Assis Ribeiro, e seu papel de relevo intelectual no IBGE, um verdadeiro achado. Perceber que a seção da Assembléia Mundial de Saúde em que a questão da economia em saúde foi introduzida teve a presença de dois vultos que marcaram este século: o sanitarista Winslow e o economista Myrdal. Enfim, descobrir no autógrafo que um dos autores (Manoel Ferreira)

escreveu, dedicado ao Professor Pedreira de Freitas, a cuja Biblioteca particular pertenceu o exemplar resgatado, sua curiosa opinião pessoal sobre sua obra: "se o seu problema é insônia, eis o remédio". Quanto ao trabalho em si, é instigante a maneira como há quase cinqüenta anos, no limiar de um novo período, após a tragédia da Segunda Guerra Mundial, já havia uma preocupação de medir a saúde e a doença do ponto de vista econômico. Numa visão produtivista, baseada nos gastos diretos e indiretos com a manutenção da saúde e as perdas devidas à morte prematura e à doença. Passados quarenta anos, em 1993, o Banco Mundial lança suas idéias de privatização das ações de saúde mais complexas, de uma cesta básica de ações mais simples. E introduz uma medida única para a *carga da doença*, com pesado componente econométrico. No intervalo, diversas outras tentativas foram feitas. Ressalte-se, ao menos, a do National Center for Health Statistics, dos EUA, que aproveitou seus inquéritos domiciliares de morbidade referida para compor um indicador sintético de tempo de vida perdido devido à doença e à morte, além de outros possíveis indicadores de anos de vida perdidos prematuramente. O trabalho que ora divulgamos é um importante precursor. Esperamos que tenha o mérito de iniciar na Revista um importante debate sobre este tema tão atual. Fizemos um esforço especial para atualizar as fórmulas do texto, desenhadas à mão no original. Não podemos terminar sem antes citar do texto pelo menos uma das observações impregnadas de intenso humor, tão próprias de nossos queridos e saudosos Ferreira e Braga: *Após a abolição da escravatura, a idéia de atribuir um valor financeiro ao homem foi quase abandonada por algum tempo. No sistema antigo, pelo menos, apenas uma pequena parcela da população tinha um valor em dinheiro e o homem livre valia menos que o escravo.*

Passado tanto tempo, o tema volta a nos perseguir. (*Revista Brasileira de Epidemiologia*, 1(3), dez.1998)

A Crise Inicial

O difícil começo: os critérios Capes de classificar revistas com influência na avaliação de desempenho das pós-graduações; a crise de fluxo e os 'artifícios' empregados: um número só num volume que deveria ter três; o III Plano Diretor para o Desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil

Os editoriais do segundo ano misturam esperança, resignação e sobretudo decepção. As dificuldades momentâneas fizeram com que se produzissem números temáticos, sem renunciar à qualidade do texto e à relevância dos temas. Em 2000, no ponto mais crítico da crise, chegamos ao extremo de publicar os três números num único exemplar da *RBE*. O editorial, lamuriento, apelava à comunidade de epidemiologia para um compromisso com a sobrevivência da publicação. Traz implícita uma crítica

à introdução dos critérios da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) de julgar os programas de pós-graduação, com reflexo imediato na viabilidade das revistas novas. Ponto importante foi divulgar o III Plano Diretor de Desenvolvimento da Epidemiologia.

Este exemplar incorpora os três números do volume 3 da Revista Brasileira de Epidemiologia, correspondente ao ano de 2000. Trata-se de uma maneira legítima de colocar em dia a circulação da Revista. Porém, exige uma reflexão a respeito por parte dos principais interessados, os epidemiologistas das instituições acadêmicas, de pesquisa e de serviços, que participam do processo, simultaneamente, como produtores e "consumidores" dos novos conhecimentos. A Revista pertence a eles, mais do que ao corpo de editores, à Comissão de Epidemiologia e à própria Abrasco. Sem a ativa participação de autores da área, enviando suas contribuições com prioridade para a nossa Revista, esta não poderá sobreviver. Já foi dito, no Editorial do número inaugural, citando Cecília Donnangelo, que nossa área tem "mais atores que autores". Essa afirmação deve ser contextualizada, na medida em que representava um reconhecimento de que a maneira brasileira de fazer epidemiologia tinha várias moradas, das quais a publicação em revistas especializadas não era a mais freqüentada. Este momento está ultrapassado. Por mais que nos atinja em cheio a classificação de periódicos introduzida recentemente no cenário da pós-graduação no Brasil, é uma realidade com a qual devemos conviver. Ou lutar para transformar. Os programas são avaliados, em grande parte, através do número de trabalhos publicados em "revistas de impacto". É inevitável que os que batalham para figurar entre os melhores em cada área, o que é legítimo, direcionem sua produção apenas para aqueles veículos que podem contribuir para uma boa avaliação. Estabeleceu-se um círculo vicioso que, se não for rompido, inviabiliza o surgimento de novos periódicos com padrão de exigência e julgamento por pares igual ao dos veículos já consolidados em cada área do conhecimento.

A Revista Brasileira de Epidemiologia, apenas ao completar dois volumes, foi capaz de iniciar o processo de indexação, com limitado sucesso por enquanto. Porém com boas perspectivas, em vista do reconhecimento do elevado padrão de julgamento científico ao qual não podemos renunciar. Estão em curso apenas algumas medidas puramente editoriais, como a edição de números temáticos e de revisão, compostos por trabalhos encomendados, mas também submetidos à apreciação de especialistas designados *ad hoc*. E outras, meramente técnicas de editoração como a redefinição da maneira de divulgar o *sumário estendido*, que atualmente é exigido além do usual *abstract*. Uma das idéias é a de suprimir o sumário estendido da edição em papel, remetendo ao *site* da Abrasco para a divulgação do mesmo, apenas daqueles artigos, em português ou em espanhol, dos quais os autores tenham providenciado a elaboração. Parece uma questão de menor importância, mas tem sido um constante entrave editorial a maneira pouco clara como os

autores têm interpretado a diferença entre essas maneiras de registro simplificado de seus trabalhos.

Neste número estamos divulgando o *III Plano Diretor para o Desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil, 2000 a 2004*, elaborado pela Comissão de Epidemiologia da Abrasco, através de um complexo processo no qual figuraram praticamente todos os segmentos de relevância na área. Sendo a terceira versão de um Plano que já demonstrou sua importância nas anteriores, resta-nos esperar que sirva para orientar o desenvolvimento da área na pesquisa, no ensino em todos os níveis, nos serviços, na formulação de políticas e na avaliação de saúde. (*Revista Brasileira de Epidemiologia*, 3(1-3), abr.-dez.2000)

A Recuperação

A entrada no Lilacs e a recuperação

A tão esperada fase de consolidação inicia-se em 2001, com a inclusão na base Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) de revistas científicas. Essa maior visibilidade fez crescer o fluxo dos trabalhos encaminhados. Simplificação editorial importante consistiu na eliminação do *Extended Summary*, que vinha sendo motivo de conturbação entre revisores e autores. Apesar da recuperação, o número inteiro foi dedicado a um único tema.

> Com este número iniciamos a publicação do volume 4 da Revista Brasileira de Epidemiologia, após a conquista importante de sua inclusão na base LILACS de revistas científicas. O fluxo de trabalhos enviados pelos autores faz-nos crer que em futuro próximo estaremos em fase com o período de referência, editando os dois números restantes deste volume. No próximo número iniciaremos a nova sistemática de publicação dos Sumários Estendidos em meio eletrônico, mantendo na revista impressa apenas o *Abstract*. (*Revista Brasileira de Epidemiologia*, 4(1), abr.2001)

Novos campos temáticos vão se incorporando, em particular da área de odontologia. O editorial alerta para perigosa concentração na origem dos trabalhos.

> Neste número são apresentados resultados de estudos em campos temáticos de grande diversidade. A área de estomatologia e odontologia é contemplada em dois. Num deles comparam-se resultados de três levantamentos epidemiológicos numa mesma população, empregando diferentes padronizações dos índices de cárie dentária para dentes permanentes e decíduos. O outro é também relacionado com a comparação de sistemas de classificação de entidades mórbidas. Contrasta, para o atendimento de

traumatismos buco- maxilo- faciais e emergências dentais, a CID-10 com uma Classificação Internacional de Doenças em Estomatologia e Odontologia (CID-OE). (*Revista Brasileira de Epidemiologia*, 4(2), ago.2001)

A lenta, mas segura, recuperação: para garantir a entrada no SciELO, a RBE *passa a ser trimestral*

Na busca do reconhecimento abre-se a perspectiva de números especiais com temas sugeridos pela comunidade científica. Aprofunda-se, no entanto, a predominância dos trabalhos encaminhados pelo fluxo contínuo. Começa a delinear-se a característica dos artigos e seus autores. Finalmente entramos em fase: a publicação aparece impressa no 'mês de face'. Agradecimentos a quem mais os merece: a equipe de suporte administrativo e técnico. Ainda mais: torna-se trimestral, concretizando a recuperação.

> Este número da Revista Brasileira de Epidemiologia introduz uma importante mudança. É o primeiro de uma nova prática editorial aprovada pela Comissão de Epidemiologia da ABRASCO: passaremos a ter uma periodicidade trimestral, com quatro números por volume. Além disso, as linhas temáticas passarão a ser incluídas nas edições normais, numa seção especial que terá continuidade em números sucessivos até completar a proposta original quando se decidiu aceitar o tema. Esta nova prática não altera a política editorial da Revista, que permanece rigorosamente a mesma. Todos os artigos publicados passam por uma revisão por pares (*peer review*), indicados por Editores Associados, sendo estes os responsáveis pela proposta definitiva quanto à aceitação do artigo. O Editor Científico e os Editores Adjuntos zelam pelo fiel cumprimento desta política editorial que pertence à comunidade científica da área e foi aprovada pela Comissão de Epidemiologia quando a Revista foi criada. Em raras ocasiões, nestes quase seis anos de existência da Revista, o Editor e os Adjuntos tiveram que intervir numa espécie de "voto de Minerva". (*Revista Brasileira de Epidemiologia*, 6(2), jun.2003)

No ano de 2003 atingimos a regularidade:

> Ressaltamos o Editorial Especial sobre a Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, de autoria do Professor Dirceu Bartolomeu Greco, da UFMG. O Prof. Greco esteve, em setembro, na reunião da Associação Médica Mundial realizada no próprio berço da Declaração de Helsinque. Foi investido da autoridade conferida em reunião realizada em agosto, no Conselho Federal de Medicina, para apresentar proposta em nome do Brasil. Contrapunha-se à tendência de "abrandar" a Declaração, no que diz respeito ao acesso a cuidados médicos para voluntários em ensaios clínicos. Estiveram na reunião de Brasília, além do CFM, a Sociedade Brasileira de Bioética, CONEP do

Conselho Nacional de Saúde, a Coordenação Nacional de DST/aids e seu comitê de Vacinas anti-HIV, a Associação Médica Brasileira e o Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/MS). A ABRASCO esteve presente através do Editor da RBE. A posição levada a Hensinque pelo Prof. Greco foi vitoriosa, contribuindo para evitar o pretendido "abrandamento" e remetendo o assunto para uma análise de um comitê internacional de cinco nações-membro, entre elas o Brasil, representado pelo Prof. Greco. Além do Editorial Especial sobre o tema, transcrevemos o comunicado oficial da Associação Médica Mundial. Assunto candente como esse exige reflexão profunda. Esperamos estar dando início a um debate franco através das páginas da RBE. (*Revista Brasileira de Epidemiologia*, 6(4), dez.2003)

Finalmente entramos no SciELO por termos consolidado as características essenciais. Consolidamos também a seção "Debates":

Este número da Revista Brasileira de Epidemiologia pode vir a se tornar um marco na sua história. É o primeiro editado após ter sido incluída na Plataforma SciELO. Este fato faz com que os trabalhos aqui publicados tenham maior divulgação, ao menos no continente americano, em particular na América Latina.

A razão principal pela qual fomos contemplados com essa inclusão no SciELO está muito viva neste número. Os artigos publicados consolidam o que vem ocorrendo neste ano, desde que nos colocamos "em dia" e passamos a publicar os números no mesmo mês de face. São artigos originais que passaram pelo convencional *peer review* conduzido por um Editor Associado. Como já vem sendo exaustivamente assinalado pelos editores, a RBE vai adquirindo sua feição: nenhum dos trabalhos é de autoria individual, a média de autores é de 3, 2; há grande variedade temática, de origem geográfica e vínculos institucionais.

Numa Seção de Opinião, que cada vez mais pretendemos permanente, damos a palavra a um "médico general" espanhol, Juan Gérvas. A leitura de seu texto é auto-explicativa da razão pela qual preferimos manter sua identificação em espanhol. Exerce a medicina numa localidade próxima de Madrid (Canencia de la Serra), faz parte de um grupo que trabalha em atenção primária, com interesse em ensino e pesquisa na Espanha (CESCA). Também é Professor Visitante da Escola de Saúde Pública de Johns Hopkins (Baltimore). O texto publicado é a sua contribuição num Seminário Internacional sobre Cuidados Básicos em Saúde, realizado em Brasília, em dezembro de 2003, organizado pela OMS e pela UNICEF para celebrar os 25 anos da Declaração de Alma Ata. Nessa reunião falaram autoridades do porte de Halfdam Mahler, Diretor Geral da OMS em 1978, o principal responsável pela realização da Reunião de Alma Ata, o atual diretor Lee Jong-Wook e a Diretora da OPAS, Mirta Roses, além do Ministro Humberto Costa. Chamaram a atenção a fala da representante africana e, especialmente, a deste médico europeu que contextualiza a atualidade dos cuidados primários de saúde no

continente europeu. Refere a evidência obtida por "estudo epidemiológico com desenho ecológico" ao associar melhores condições de saúde à presença de uma Atenção Primária em Saúde "forte". Ao comentar "prevenção quaternária", faz uma sagaz comparação com o método epidemiológico: propõe combinar de forma construtiva o valor preditivo negativo da ação do generalista com o valor preditivo positivo daquela do especialista. Essa contribuição, que oferecemos a nossos leitores, nos induz a afirmar que teríamos muito a ganhar estabelecendo laços mais estreitos com este grupo espanhol. Quando menos, para aprender o que estão chamando de APS "forte" e seu conceito de "quaternária". (*Revista Brasileira de Epidemiologia*, 7(3), set.2004)

Consolidamos a presença no SciELO:

Este número encerra o volume 7 da Revista Brasileira de Epidemiologia, no mês de face da capa, dezembro de 2004. Neste ano, tivemos o reconhecimento do Comitê do SciELO e fomos admitidos nessa base de dados. Isto nos desafia a seguir no mesmo ritmo, o que não é missão do Corpo de Editores mas da comunidade científica da área. A ela e só a ela pertence esse mérito. Destacamos, ainda desta vez, o trabalho do nosso corpo de Editores Associados e do apoio da Secretaria Executiva e dos responsáveis pela revisão e normalização dos idiomas português e inglês, da editoração e da impressão. Foram os responsáveis diretos pela nossa qualidade editorial, que nos garantiu a aceitação pela base SciELO. Conservar essa qualidade deve se associar ao rigor do julgamento por pares para seguirmos publicando a "boa produção epidemiológica", nossa proposta maior. No próximo ano, consolidada nossa posição no SciELO, vamos em busca de novas bases que ampliem ainda mais nossa circulação no mundo científico nacional e internacional. (*Revista Brasileira de Epidemiologia*, 7(4), dez.2004)

O que foi publicado: número de artigos, procedência geográfica, número de autores por artigo, a classificação por gênero (predominância feminina)

Nesse período de quase dez anos publicamos quatro suplementos especiais. Dois deles constituíram o *Livro de Resumos* do V Congresso Brasileiro de Epidemiologia (EPI 2002), realizado em março de 2002 em Curitiba (PR), e do I Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária (Simbravisa), realizado em dezembro de 2002, em São Paulo (SP). Um terceiro *Livro de Resumos*, do VI Congresso Brasileiro de Epidemiologia, realizado em junho de 2004, em Recife (PE), apareceu apenas em meio eletrônico (CD-ROM) em vista do extraordinário número de trabalhos apresentados, o que o tornaria difícil de manusear em volume impresso. Outro suplemento especial apareceu em novembro de 2002, com algumas apresentações consideradas particularmente expressivas do Congresso de Curitiba do mesmo ano. O

IV Plano Diretor para o Desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil 2005-2009 é suplemento especial do volume 8 da *RBE*, de dezembro de 2005.

Para caracterizar um periódico, de acordo com os critérios empregados pelas bases bibliográficas, em nosso caso o Scientific Electronic Library Online (SciELO) e a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), é imprescindível analisar os números regulares, nos quais se publicam 'artigos originais' apresentados pelo chamado 'fluxo contínuo' e que são apreciados pelo convencional processo de *peer review*, tal como apresentado nos itens anteriores. Publicamos um total de 25 números regulares, numerados de acordo com as regras de referência de periódicos. Desnecessário é mencionar novamente as dificuldades iniciais de regularidade de aparecimento dos números sucessivos. Entre esses 25 números, seis foram 'números temáticos'. Embora também estes tivessem sido apreciados pelo menos por um parecerista *ad hoc*, além dos editores especiais responsáveis por esses números, sofreram o que chamamos 'rito sumário', tradução livre do inglês *fast track*. Analisaremos apenas os artigos originais publicados nos demais 19 números regulares. Esperamos, assim, dar conta do perfil da *RBE* no que tem de mais 'nobre': as características dos artigos publicados que foram analisados pelo processo normal de *peer review*.

Nesses 19 números foram publicados 158 artigos originais, com média de 8,3 trabalhos por número. Existe uma nítida progressão nessa média. No período inicial, os cinco primeiros números tiveram média de 6,2 trabalhos. Na transição, após ingresso na base Lilacs, os oito números seguintes tiveram média de 8,4 trabalhos, em vista da perspectiva de ingresso no SciELO. Após essa conquista, nos seis números seguintes cumpriu-se esse critério de inclusão da média de dez trabalhos por número. Os artigos publicados são em sua maioria produção coletiva, com média das médias de 3,3 autores por artigo. São raros os artigos de autor solitário, apenas 17 (9,3%) no total. Também na média de autores, nos cinco primeiros números tivemos média menor (2,7) de autores por artigo, estabilizando-se acima de três no período seguinte (3,7), após ingresso no Lilacs, e conservando-se (3,2) após a entrada no SciELO. Apesar do esforço de ampla divulgação no exterior, especialmente na América Latina, o número de artigos publicados originados fora do Brasil foi pequeno nesse período, apenas 11 (7,0%), a maioria de países vizinhos da América do Sul. Quanto à distribuição de origem nacional, por macrorregião, predominam obviamente aquelas onde se concentram os centros brasileiros de Saúde Coletiva: 101 no Sudeste (63,9%), 22 no Nordeste (13,9%) e 19 no Sul (12,0%); escassos quatro trabalhos do Centro-Oeste (2,5%) e apenas um

do Norte (0,6%). As áreas temáticas e os desenhos metodológicos são os mais variados do amplo espectro por onde transita a epidemiologia brasileira. Deve ser mencionada, no entanto, a surpreendente escassez de artigos com metodologia qualitativa, predominando desenhos quantitativos (incluindo, obviamente, 'variáveis' qualitativas). Uma temática que se mostra freqüente na *RBE* é associada a estudos de odontologia sanitária, tendo sido publicados nove artigos (5,7%). Quanto à predominância feminina entre os autores, foi uma tendência que se consolidou com a própria *RBE*. No primeiro período, antes da entrada no Lilacs, tivemos 34 mulheres entre 83 autores (41,0%). No segundo período, até o acesso ao SciELO, 158 em 246 (64,2%), mantendo-se, a partir de então, 62,8%. Conforme afirmamos no editorial reproduzido a seguir, "não expressamos juízo de valor". Essas questões estão presentes e discutidas em praticamente todos os editoriais. Transcrevemos um exemplo:

> Neste número publicamos nove artigos, todos oriundos de diversas instituições situadas em todas as macro regiões [*sic*] do País, salvo a norte. Três trabalhos são do nordeste (Ceará, Paraíba e Piauí) e outros três do sudeste (dois de São Paulo, um de Minas Gerais). Um do sul (Santa Catarina) e outro do centro-oeste (Goiás). Além de um trabalho conceitual, de autoria de professora de São Paulo. Essa classificação está baseada na origem dos dados e da fonte geográfica das preocupações que motivaram os autores. A diversidade de origem institucional das equipes é ainda maior. O que já nos permite adiantar que, como tem sido usual, apenas dois dos trabalhos têm autorias individuais, um deles o já mencionado trabalho conceitual. A média de autores é de 3,6, sendo que dos 32 autores 63% são mulheres. Não queremos expressar nenhum juízo de valor: cabe aos leitores interpretar. Não pode no entanto passar despercebido que a quase totalidade dos artigos tem base em dados originais obtidos diretamente pelos autores ou em dados buscados em fontes secundárias disponíveis. Como de hábito, desejamos a todos uma proveitosa leitura desses trabalhos. Desta vez, estendida aos que nos acessarem através da base SciELO. (*Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(1), mar.2005)

Editoriais Particularmente Relevantes

Parecer de Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e Declaração de Conflito de Interesses

Alguns trabalhos nos permitem retomar a discussão de dois temas para os quais temos chamado a atenção de autores, editores e pareceristas *ad hoc*: a submissão dos trabalhos a Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) e a declaração de potencial conflito de interesses. No primeiro, uma intervenção

> representada pela campanha de vacinação de idosos contra influenza é objeto de um estudo observacional. Emprega fontes de dados públicas e em casos como esse pode ser questionada a obrigatoriedade de submissão a um CEP. A questão é polêmica e pretendemos submetê-la a debate nos próximos números da RBE. No outro, o Editor Científico da RBE é diretamente interessado: o trabalho é resultado de um Projeto aprovado pelo Programa de Políticas Públicas da FAPESP em que é um dos coordenadores. A solução foi atribuir a condução do processo de julgamento, sigilosamente, a um dos Editores Adjuntos. Em outros casos, os autores devem estar atentos para identificar e explicitar os potenciais conflitos. Em estudos de avaliação de programas de saúde, por exemplo, é conveniente explicitar que relação os autores têm com as autoridades sanitárias responsáveis por sua execução. (*Revista Brasileira de Epidemiologia*, 7(2), jun.2004)

No número regular 7(2) de *RBE* do mês do Congresso de Recife, publicamos um editorial especial dando conta dessa promoção regular da Comissão de Epidemiologia da Abrasco. Além da apreciação do editor ("Quatorze anos, de Carlos Gomes a Manuel Bandeira"), transcrevemos as apresentações de autoria dos presidentes dos seis congressos, desde 1990 em Campinas (terra do maestro) até 2004 em Recife (terra do poeta), passando por Belo Horizonte (1992), Salvador (1995), Rio de Janeiro (1998) e Curitiba (2002).

Assumindo o erro tático da primeira experiência de "Debate", inaugura-se novo procedimento: encomendar críticas. Anunciam-se novos temas:

> Neste número retomamos uma iniciativa que já havia sido anunciada no primeiro ano de publicação da Revista Brasileira de Epidemiologia, a Seção de Debates. Introduzida, então, com um artigo de Maurício Barreto, "Por uma epidemiologia da saúde coletiva". Apesar da qualidade da contribuição, não teve o sucesso esperado quanto a promover um debate. Atribuímos a falta de resposta ao desafio implícito na matéria a três fatores principais. De um lado a pouca penetração de uma nova revista, em seu segundo número do primeiro ano de existência. Acrescido do erro tático de considerar que o ineditismo de algumas das idéias expressas pelo autor seria condição suficiente para atrair debatedores, que se apresentariam espontaneamente. Finalmente a falta de um mecanismo mais ágil de divulgação em meio virtual, possibilitando a participação de debatedores em qualquer parte do mundo. No Editorial do mesmo número, anunciávamos também o debate sobre um tema que, então como agora, se encontrava na ordem do dia, a questão do "duplo estândar" de ética da pesquisa em seres humanos, no primeiro mundo e na periferia. Também não prosperou.
>
> Desta vez, estamos retomando um tema que de certa forma incide na mesma temática do artigo de Barreto. Trata-se da contribuição de Juan Gérvas e Mercedes Pérez Fernandez, da Equipe CESCA de Madrid, Espanha, que

aborda "O fundamento científico da função de filtro do médico geral". Por fundamento científico os autores consideram a contribuição hegemônica da epidemiologia. Em particular, suas reflexões a respeito dos valores preditivos (positivo e negativo) das ações do médico geral e do especialista são dignas de uma reflexão cuidadosa sobre o sentido que essas duas "estatísticas" podem dar às formas que assumem os modelos de cuidados em saúde (uma resposta social organizada às doenças e agravos). Essa análise, de certa maneira, nos remete aos textos de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, especialmente sua tese de doutoramento na década de 80 do século passado. Refletindo sobre a dinâmica relação da clínica com a epidemiologia, Gonçalves considera que esta, entendida como tecnologia não material, é capaz de ordenar a prática da primeira: e a recíproca não é verdadeira. Num contexto brasileiro mais atual, é fundamental um mergulho nos rumos que está tomando o Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente considerando iniciativas como: o Programa de Saúde da Família (PSF) e os seus agentes comunitários, médicos, enfermeiros, odontólogos, e outros; a ação da Agência Regulatória da Saúde Suplementar (ANS) em face de planos e seguros, de operadoras e prestadores; a ênfase que se dá cada vez mais às inovações em saúde e sua difusão na prática das ações individuais e coletivas. Para obviar os equívocos da iniciativa anterior, desta vez: primeiro, a RBE já não é tão pouco conhecida, após sete anos já estamos em diversas bases, especialmente no SciELO, o que nos dá oportunidade de induzirmos o debate, pelo menos no âmbito atingido por esta rede; segundo, já encomendamos as respostas de especialistas, que publicaremos no próximo número (setembro), mantendo o canal aberto a contribuições espontâneas. O debate será mediado pelos autores do artigo seminal, publicado neste número.

Outros temas polêmicos estão sendo preparados, também para o número de setembro. O primeiro é a retomada do debate da ética da pesquisa em seres humanos, ainda desta vez mediado por Dirceu Greco. Já havíamos publicado, em número de 2003, Editorial Especial deste autor abordando a álgida questão do tratamento a oferecer aos voluntários de estudos clínicos que venham a apresentar problemas de saúde. Em particular, os que vierem a se infectar com HIV nos estudos de vacinas preventivas, que é onde a questão tem sido mais discutida. Em recente "Consulta", realizada em março de 2005, em Blantyre (Malawi), na África, em conexão com o "Global Forum on Bioethics in Research" e o "Wellcome Trust", foi produzida matriz de ações que contextualiza a provisão de cuidados e tratamento aos voluntários dos estudos e introduz uma nova abordagem ("Research Governance") para dar conta do debate sobre as "best practices". Esta matriz encontra-se numa espécie de consulta pública e as revistas com "peer review", como a nossa, estão chamadas a contribuir. O Professor Greco mediará o debate.

O segundo, que está por explodir, é a exigência de "Registro Obrigatório de Ensaios Clínicos". Esta exigência ganhou ênfase com o ultimato dado pelo Comitê de Editores das "principais" revistas da área de saúde aos laboratórios

farmacêuticos: somente serão publicados, a partir de primeiro de julho deste ano, artigos científicos que tiverem sido previamente registrados em bancos públicos, tornados disponíveis a toda a sociedade. Sucessivas reuniões foram realizadas: em Nova Iorque, na Fundação Rockefeller, em outubro de 2004, na Cúpula de Ministros da Saúde, no México, em novembro do mesmo ano; em Genebra em abril de 2005 e, na seqüência, na Assembléia Mundial de Saúde, da OMS, em maio. A data fatal já foi abrandada, considerando que ensaios já em curso podem se adaptar até setembro. Diversas questões ainda estão pendentes, mas o mais importante, no contexto da América Latina, é saber que papel podemos representar: laboratórios produtores não pertencentes à "big pharma"; editores científicos da rede SciELO; e, especialmente, os pesquisadores desta parte do planeta. Para este debate, o texto seminal pode ser o manifesto do "Comitê de Editores" que foi publicado em Editoriais de todas as publicações que se consideram pertencer a uma espécie de "big medical journals". Vamos providenciar para obter a autorização para transcrevê-lo no próximo número, mas desde já pode ser acessado "for free" nessas revistas. (*Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(2), jun.2005)

Editoriais especiais (temáticos), os "Debates" e as "Gavetas e Prateleiras" são nossa marca registrada.

Neste número incluímos Editorial Especial, contribuição de Sérgio Koifman, Editor Associado da RBE: *Perdemos Richard Doll* é um depoimento em que o homenageado se apresenta em suas feições humanas que tornavam ainda mais notável esse ícone da moderna Epidemiologia. Possivelmente a Revista Brasileira de Epidemiologia ainda venha a ser internacionalmente mencionada por ter publicado em seu segundo número, de 1998, um artigo original de Richard Doll, *Epidemiology of chronic non-infectious disease: current status and future perspective*. (*Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(3), set.2005)

Anuncia-se a ampliação do quadro de editores associados pela aceleração do fluxo contínuo:

Não é demais repetir que, aprovada para figurar na base SciELO, a Revista Brasileira de Epidemiologia passou a receber notável impulso no fluxo de trabalhos encaminhados. Mantida a regularidade exigida, o número de originais aumentou a ponto de exigir a ampliação do quadro de Editores Associados. No processo de *peer review* que empregamos cabe aos Associados o principal papel de conduzir a análise e elaborar o parecer final, raramente modificado pelo Editor Científico ou seus Adjuntos.

Finalmente, damos prosseguimento ao debate iniciado no número 8(2), de junho, com a publicação do texto seminal de Juan Gérvas sobre o fundamento epidemiológico do papel de filtro do sistema de saúde, exercido pelo médico geral. Teve prosseguimento no número seguinte, de setembro, com contribuição de autores espanhóis. Neste número apresentamos comentários

de brasileiros e resposta dos autores do artigo original. (*Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(4), dez.2005)

Homenageamos Guilherme Rodrigues da Silva, ex-presidente da Abrasco e membro do Conselho Editorial da *RBE*. São várias manifestações de pesar por sua morte e a publicação de uma "Prateleira" de sua autoria. Inicia-se um novo tipo de debate sobre a gripe aviária, contendo contribuições curtas encomendadas a especialistas. Bárbara Starfield participa do debate sobre o 'papel de filtro' do generalista.

Morreu Guilherme Rodrigues da Silva, ex-Presidente da Abrasco e um dos mais influentes intelectuais da Saúde Coletiva brasileira e latino-americana. Com produção acadêmica reconhecida e valorizada, Guilherme foi liderança maior na construção da Reforma Sanitária Brasileira que teve seu apogeu na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, da qual foi o Relator. Sintonizado com a luta da sociedade por melhores condições de vida, exerceu diversos cargos relevantes, dos quais destacamos a Superintendência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, maior centro de atendimento hospitalar da América Latina. Guilherme associava uma vida intelectual intensa a uma expressiva atividade na formulação política e na ação concreta na área da saúde. Um verdadeiro dirigente. Este número da RBE aparece em luto fechado pela morte desse membro de seu Comitê Editorial, presença permanente em nossa memória.

Para homenagear Guilherme Rodrigues da Silva publicamos, além de diversas manifestações de pesar, um de seus textos expressivos no campo da Epidemiologia. Transcrição de conferência pronunciada em importante evento científico no início da década de oitenta do século XX, esse trabalho foi pouco divulgado e aparece em nossa seção de *Gavetas e Prateleiras*.

A ameaça à saúde global é cada vez mais presente, com a descrição da gripe em aves migratórias e sua difusão em aves domésticas confinadas. Atingindo pessoas na Ásia e, mais recentemente, na Europa e na África. Prosseguindo na linha editorial iniciada no último número da RBE, em dezembro de 2005, publicamos uma seção especial coordenada por Maria Rita Donalísio, com diversas opiniões de especialistas brasileiros sobre questões essenciais desse processo endemo-epidêmico. Esse debate continuará em números sucessivos. Neste, apresentamos: (1) Perspectivas da vigilância virológica no Brasil, Terezinha Maria Paiva, do Laboratório de Vírus Respiratórios, Instituto Adolfo Lutz, São Paulo; (2) Possíveis mutações do vírus H5N1 e sua adaptação na transmissão inter-humana, Rita Catarina Medeiros Souza, do Núcleo de Medicina Tropical, Universidade Federal do Pará e Laboratório de Vírus Respiratórios, Instituto Evandro Chagas; (3) Aspectos clínicos da influenza aviária, Luiz Jacintho da Silva, do Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp; (4) Eficácia da terapêutica antiviral em casos humanos, Dirceu Bartolomeu Greco, do

Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; (5) Perspectiva da produção da vacina no Brasil, Isaias Raw, do Instituto Butantan, São Paulo.

Na seção de Debates, prosseguimos na publicação de contribuições à polêmica sobre o "papel de filtro" do médico generalista no sistema de saúde. Neste número colhemos mais uma contribuição ao debate, da prestigiada intelectual norte-americana Bárbara Starfield. (*Revista Brasileira de Epidemiologia*, 9(1), mar.2006)

O futuro: o que nos reserva?

Somente a comunidade dos epidemiologistas brasileiros, na academia ou nos serviços de saúde, poderá responder com atos concretos. Em um projeto editorial isto quer dizer: manter a excelência dos atores e almejar que se tornem autores.

Referências Bibliográficas

CARVALHEIRO, J. R. Estratégias para divulgação da produção técnico-científica em epidemiologia. *Cadernos de Saúde Pública*, 6(3):319-329, 1990. Disponível em: <http://www.scielo.br>.

REVISTA BRASILEIRA DE EPIDEMIOLOGIA. Disponível em: <http://www.scielo.br>. (Todos os editoriais referidos estão disponíveis *on-line* neste endereço eletrônico.)

Imagem 16

EPIDEMIOLOGIA
III CONGRESSO BRASILEIRO
II CONGRESSO IBERO-AMERICANO
I CONGRESSO LATINO-AMERICANO
1ª Mostra de Tecnologia em Epidemiologia – EPITEC
A epidemiologia
na busca da eqüidade
em saúde
24 a 28 de abril • 1995 • Salvador • Bahia
VARIG
BBTUR

EPiRiO-98
IV Congresso
Brasileiro de
Epidemiologia
3 a 7 de agosto de 1998
Riocentro
Centro de Convenções do Rio de Janeiro
epidemiologia em perspectiva:
novos tempos, pessoas e lugares

Imagem 17

7. Comissões e Grupos Temáticos

Everardo Duarte Nunes

Na estrutura das associações, é muito comum a presença de alguns órgãos internos que possibilitem o seu funcionamento e que muitas vezes são essenciais para a sua existência e desenvolvimento, especialmente no caso de associações com finalidades que se ampliam ao longo do tempo. Além disso, os interesses coletivos a serem partilhados necessitam de formas organizacionais que permitam agregar partes de um todo, estruturalmente consistentes e funcionalmente eficientes. Transferindo para as associações os pressupostos modernos das teorias organizacionais (Kauffman, 1993), podemos dizer que seus principais elementos são as pessoas, a estrutura, a tecnologia e o entorno em que funcionam. Reafirmamos que a estrutura consolida-se por meio do consenso dos interesses dos grupos constituintes. Também podemos dizer que as associações são estruturadas e estruturantes: constituem um campo instituído, mas possibilitam o aparecimento de novos atores coletivos. Em muitos casos, temas relevantes constituem o ponto de partida da formação de grupos e associações. Em verdade, não foi estranha à ciência, desde as suas origens, a constituição de associações congregando seus participantes e seus interesses especiais.

Nem sempre, estatutariamente, são definidas todas as estruturas internas das sociedades e associações; elas aparecem na medida em que se tornam imprescindíveis para o seu funcionamento. Este é o caso da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco). Embora não constem de seu estatuto as instâncias denominadas comissões e grupos temáticos, elas estiveram presentes desde o início da instituição e foram se diversificando ao longo do tempo.

Assim, torna-se importante que se dedique algum espaço aqui à análise das comissões e dos grupos temáticos. Ela terá como base as informações anteriormente compiladas em trabalhos (Belisário, 2002) e relatórios e aquelas fornecidas pelos coordenadores.

Atualmente, a Abrasco é composta por quatro comissões: Comissão de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, Comissão de Ciência e Tecnologia, Comissão de Epidemiologia e Comissão de Políticas de Saúde, Planejamento e Gestão, além de 12 grupos temáticos: Acreditação Pedagógica, Comunicação e Saúde, Educação Popular e Saúde, Gênero e Saúde, Promoção da Saúde, Saúde do Trabalhador, Saúde e Ambiente, Saúde dos Povos Indígenas, Informação em Saúde, Profissões e Recursos Humanos, Saúde Mental, Vigilância Sanitária.[1] A própria nomenclatura dessas comissões e grupos estabelece o amplo escopo de atividades a que se dedica a associação e, provavelmente, não completa a sua tarefa. Certamente alguns GTs poderão vir a se transformar em comissões.

A fim de situar as questões mais relevantes que têm sido objeto das comissões e dos grupos temáticos, apresentaremos uma análise separada de cada item.

As Comissões

Utilizamos dois momentos assinalados por Belisário (2002:151), quando transcreve documentos que mostram a criação das comissões. No primeiro, que data de 1983, podemos ler:

> as comissões têm função de contribuir para o estabelecimento das políticas de ensino e pesquisa da Associação nas respectivas áreas e desenvolver a programação editorial correspondente (...). Já as comissões executivas são estruturas funcionais temporárias, adjuntas à secretaria executiva, cuja finalidade é programar, executar e avaliar um projeto de objetivos definidos num tempo determinado.

Dez anos depois, em 1994, o documento da Abrasco assinala: "as comissões dentro de suas competências constituem-se como grupo assessor de processo de Saúde Coletiva e como suporte para as reflexões e tomada de decisões da diretoria". De acordo com os delineamentos iniciais, percebemos que essa forma de organização constitui uma "estratégia administrativa que permite a programação, execução e avaliação de uma grande quantidade de atividades de amplo alcance, com uma estrutura leve,

[1] Deixam de ser analisados alguns grupos temáticos em virtude de não dispormos de informações recentes.

barata e funcional, que possui, além disso, amplo respaldo dos interessados" (Belisário, 2002:152).

Comissão de Ciências Sociais e Humanas em Saúde

Embora a Comissão de Ciências Sociais e Humanas em Saúde seja uma das mais antigas da Abrasco, originalmente designada como Comissão de Ciências Sociais, somente na década de 90 recebeu maior impulso. A realização do I Encontro de Ciências Sociais em Saúde, em setembro de 1993, em Belo Horizonte (MG), seguida da Oficina de Ciências Sociais em Saúde, realizada no Rio de Janeiro em abril de 1995; a publicação de uma coletânea dos textos (Canesqui, 1995) apresentados nessa reunião e a realização do I Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde, em novembro de 1995, em Curitiba (PR), abriram as possibilidades da elaboração do I Plano Diretor da área, em 1977. Antes foram realizadas duas oficinas de trabalho: uma em Campinas (SP), em 1996, e outra por ocasião do V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, em Águas de Lindóia (SP), em 1997.

O I Plano, além de retomar as iniciativas anteriores, elaborou um diagnóstico da situação e os principais problemas relacionados às questões de ensino nos diferentes níveis, à pesquisa e à prestação de serviços.

Em dezembro de 1999, foi realizado em São Paulo o II Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde, que contou com o expressivo número de 578 inscritos. Desse total, 367 atenderam às informações solicitadas pela organização do evento, por meio das quais verificou-se que 33,8% deles procediam das ciências biológicas e biomédicas; 34,1%, das ciências sociais e humanas; 1,1%, das ciências da computação e matemáticas; 0,6%, da comunicação e publicidade; 24% identificaram-se como docentes e pesquisadores e 5,7% como estudantes. Durante o congresso, foram realizados sete cursos com temática bastante variada; três conferências,[2] duas palestras complementares[3] e nove mesas-redondas, 54 comunicações coordenadas e 102 pôsteres. Observou-se no congresso a presença de participantes de todos os estados do país, com predomínio da Região Sudeste (69,05%). Ressalte-se a qualidade dos trabalhos apresentados, que viriam a fazer parte da coletânea organizada por Paulete Goldenberg, Regina Maria Giffoni Marsiglia e Mara Helena de Andréa Gomes (Goldenberg, Marsiglia & Gomes, 2003), conforme o Relatório do II Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde, de 1999.

---

[2] Conferências proferidas por Gabriel Cohn, Everardo Duarte Nunes e Francisco de Oliveira.

[3] Palestras proferidas por Roberto Briceño de Leon.

A realização do III Congresso de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, realizado em Florianópolis (SC), evidenciou que a área está consolidada, contando com uma ampla e diversificada produção científica. Nesse congresso, foram inscritos 2.032 trabalhos, dos quais 443 apresentados oralmente e 1.589 sob a forma de pôsteres, e realizaram-se dez oficinas temáticas pré-congresso. O congresso contou com 1.800 participantes. Dentre os pontos analisados no Documento da Oficina do III Congresso de Ciências Sociais e Humanas em Saúde (2005), destacamos:

> Um primeiro ponto a considerar é o da identificação e fortalecimento de veículos de difusão, de modo a ao mesmo tempo dar mais visibilidade e qualificação à produção da área. Propomos a identificação dos periódicos nacionais que concentram a maior parte da produção do campo, para que se proceda, se for o caso, ao upgrade de seu Qualis na Capes, bem como a proposição da chancela da Abrasco a editoras e/ou coleções que acolham a nossa produção.
>
> Um segundo ponto é garantir a qualificação adequada da área de Ciências Sociais e Humanas em Saúde nos programas de Saúde Coletiva. Não é aceitável a ocorrência, como por vezes tem-se dado, da criação de novos programas ou áreas de concentração sem sequer a presença de um pesquisador qualificado na área.
>
> Propomos ainda o fortalecimento da representação da sub-área [*sic*] nos diversos comitês de avaliação, como parte integrante que somos da área de Saúde Coletiva, e com uma presença à altura de nossa participação na área. Acreditamos ser necessário ainda reativar e melhorar o sistema de comunicação entre o Fórum de Coordenadores de Pós-Graduação da ABRASCO e os professores e pesquisadores das Ciências Sociais e Humanas em Saúde.

Citamos ainda, desse documento, os trechos seguintes:

> Do ponto de vista estratégico, devemos buscar a construção de alianças com outras subáreas, Grupos de Trabalho e Comissões da Abrasco, sem prejuízo de se buscar apoios também nas Medicinas, Fisioterapia, Odontologia, Enfermagem, Farmácia e Nutrição, nossos parceiros nas áreas temáticas do Cnpq [*sic*] e da Capes. Ainda neste sentido, consideramos ser importante a interlocução com as próprias áreas de Ciências Sociais e Humanas que também sofrem com os excessos da normatização avaliativa.
>
> Ainda neste sentido, entendemos que cabe às Ciências Sociais e Humanas a reflexão crítica sobre as concepções sobre 'ciência' e 'produção' acriticamente adotadas em nosso meio. A adoção de uma lógica de mercado, de competição excludente, que concentra no topo de pirâmides imaginárias os recursos não é nem justa, nem produtiva. É fundamental incentivar também

a cooperação e solidariedade entre pesquisadores, buscando incentivar a criatividade científica e o livre pensamento.

No final do documento, as recomendações feitas visaram fortalecer as relações entre as comissões, entre instituições de fomento e de avaliação, situando de forma clara a especificidade da área, sem perda dos critérios de cientificidade e eticidade.

Comissão de Ciência e Tecnologia

A base dessas considerações relacionadas à Comissão de Ciência e Tecnologia é o documento elaborado pela comissão intitulado "Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde: uma proposta".[4] Os principais pontos indicam que uma política de C&T em saúde deve estar

> voltada para as necessidades de saúde da população e deve ter como objetivo principal desenvolver e otimizar os processos de absorção de conhecimento científico e tecnológico pelas indústrias, pelos serviços de saúde e pela sociedade. Isto significa analisar o esforço nacional de C&T em saúde como um componente setorial do sistema de inovação brasileiro. No entanto, para compreender a pesquisa em saúde como um componente setorial do Sistema Nacional de Inovação, e remeter o objetivo geral da pesquisa em saúde às necessidades de saúde da população não se deve sugerir uma visão reducionista ou utilitarista da mesma. Pelo contrário, deve-se reconhecer a complexidade dos processos de produção de conhecimento científico e tecnológico.

Essas idéias são orientadoras de uma posição que enfatiza

> a importância da pesquisa estratégica, no âmbito de uma agenda que incorpore potencialmente todo o leque da pesquisa científica e tecnológica que tenha como finalidade, imediata ou mediata, contribuir para a melhoria do estado de saúde da população e a busca da redução da desigualdade social no cuidado à saúde.

Ao salientar a presença de um 'patrimônio institucional', o documento aponta a existência de empecilhos para um aproveitamento integral de suas capacidades, que são a falta de coordenação e a baixa capacidade de articulação.

Ao reproduzirmos a proposta política da Comissão, verificamos que ela está atenta aos principais pontos que podem dimensionar a sua

[4] Resumo elaborado por Ana Cecília Faveret. Fonte: Sumário Executivo do documento "Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde: uma proposta", da Comissão de C&T da Abrasco. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/Boletins/bol84/bol84partic1.htm#Ciência,%20Tecnologia%20e%20Inovação%20em%20Saúde>. Acesso em: 21.abr.2006.

efetiva presença na Saúde Coletiva. Essa proposta sustenta-se em cinco diretrizes gerais:

1. Busca da redução da desigualdade;
2. Construção de padrões éticos na prática da pesquisa;
3. Extensividade no que se refere à cadeia do conhecimento, bem como a 'inclusividade' no que toca aos atores (pesquisadores e demais recursos humanos);
4. Necessidade de sustentar a pesquisa em saúde como um exercício de lógicas complementares;
5. Necessidade de aumentar a capacidade indutora do sistema de fomento científico e tecnológico.

A Comissão não se esqueceu de apontar as estratégias necessárias à elaboração de uma agenda de pesquisa em saúde, orientada pelas diretrizes gerais da política de saúde. Também constam do documento aspectos ligados à gestão, como é relatado:

> Em relação ao modelo de gestão de uma nova Política de CT&I/S, a Comissão apontou dois aspectos importantes: o primeiro diz respeito à criação de uma agência de fomento e articulação da pesquisa em saúde externa ao Ministério da Saúde, ainda que situada em sua órbita. Esta proposta vem tendo a adesão de muitos segmentos importantes de atores envolvidos com a pesquisa em saúde. Embora a Comissão reconheça que seu perfil e características mais detalhadas ainda devam ser discutidos, a proposta de sua existência é considerada como um ponto central do modelo de gestão da PCT&I/S.
>
> O segundo está relacionado à otimização e ao aumento dos recursos financeiros envolvidos no fomento à pesquisa em saúde, condição fundamental para o desenvolvimento da política setorial explicitada na proposta da Comissão. Neste sentido, foram destacadas a recente aprovação do Fundo Setorial de pesquisa em saúde, no âmbito do Fundo Verde-Amarelo e, também, a necessidade de manter viva a proposta original, do próprio Ministério da Saúde, de taxar os lucros da indústria de tabaco e bebidas alcoólicas. Esta idéia vem sendo debatida em vários fóruns, existindo a proposta de estendê-la para outros setores produtivos claramente 'produtores de dívida sanitária'. (destaques no original)

Comissão de Epidemiologia

Desde que foi instituída, a Comissão de Epidemiologia elaborou quatro planos diretores. O primeiro foi elaborado no seminário Estratégias para o Desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil, realizado em Itaparica

(Bahia), em maio de 1989. A cada cinco anos são realizados seminários com o objetivo de avaliar o que foi implementado, as lacunas e as novas necessidades. Lembramos que essa comissão foi criada em 1984 e que seu fortalecimento, ao longo desses anos, fica evidenciado pela ampla participação no campo da Saúde Coletiva.

Faremos menção mais detalhada ao último plano. No primeiro semestre de 2005, a Comissão de Epidemiologia elaborou o IV Plano Diretor para o Desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil, com base em documentos de especialistas da área sobre os três eixos que compõem esse plano – ensino, pesquisa e políticas –, além de programas e serviços de saúde. Ele foi discutido em um seminário no Rio de Janeiro que contou com a participação de expressivos pesquisadores, dirigentes e profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS). Estiveram presentes 35 epidemiologistas de 15 programas de pós-graduação das cinco regiões do Brasil e de várias instituições que têm sido as formuladoras das políticas de saúde relacionadas à epidemiologia.

> No período de vigência do III Plano Diretor (2000-2004) ocorreram reconhecidos avanços e fortalecimento da epidemiologia nos serviços de saúde, tais como a institucionalização e estruturação da Secretaria de Vigilância em Saúde no Ministério da Saúde (SVS), criação de uma rede de capacitação de recursos humanos para esta área, alguns mecanismos de aperfeiçoamento dos grandes sistemas de informações epidemiológicas, fortalecimento da rede de apoio diagnóstico para a área de saúde pública. Salienta-se em particular a instituição do repasse fundo-a-fundo, mediante critérios epidemiológicos e geográficos, dos recursos do SUS destinados às ações de Vigilância em Saúde trazendo maior estabilidade ao financiamento das ações de Saúde Pública desenvolvidas pelos municípios. Contudo, muitos problemas permanecem inalterados ou mesmo se agravaram neste período, a exemplo da inexistência de política de cargos e salários para os profissionais, o que impede a fixação dos mesmos, principalmente nas áreas mais carentes, com conseqüente descontinuidade das ações nos sistemas locais de saúde e a insuficiência dos recursos do SUS para a Saúde Pública. No que tange ao enfrentamento de situações de saúde inusitadas, a comunidade reconhece que a SVS está adotando algumas iniciativas para a estruturação deste componente da vigilância. No entanto, não tem lançado mão da expressiva capacidade técnica e científica existente no país no campo da epidemiologia. (Teixeira, 2005:231)

Em relação ao ensino, é destacado que, na medida em que se consolidou o SUS e que as atividades de maior interesse para a epidemiologia foram se efetivando, como o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e a Vigilância Sanitária, houve necessidade de se repensar a formação de recursos humanos, visando à sua adequação às necessidades

dos serviços de saúde. Associe-se a isso o fato de que, com a expansão do ensino superior e da pós-graduação e da pesquisa, instaurou-se a necessidade de formação de profissionais mais bem qualificados. Infelizmente, as condições de aproveitamento desses profissionais nem sempre foram favoráveis para as carreiras de docente e de pesquisador.

Dois destaques são dados à formação: orientada para o serviço e para a pesquisa e o ensino. Sem entrarmos em detalhes, citamos como princípios adotados, dentre outros: discutir e difundir novos modelos pedagógicos e de formação, de modo que os modelos tenham uma estrutura modular, hierarquizada e contínua; desenvolver indicadores de avaliação e desempenho; não desvincular a formação e a Saúde Pública/Saúde Coletiva.

Ponto importante no relatório é o dedicado à pesquisa. Após a apresentação de um quadro geral da investigação em saúde no Brasil e em especial da pesquisa epidemiológica, foram discutidos os seguintes tópicos: a produção do conhecimento em epidemiologia, a divulgação científica, a difusão do conhecimento, a ética na pesquisa, teoria e metodologia da pesquisa em epidemiologia. Todos os pontos são apresentados com base na identificação de problemas e, na seqüência, vêm as ações propostas. Citaremos apenas alguns que nos parecem de maior relevância. Em relação à produção, são apresentadas algumas insuficiências, tais como a da articulação de algumas áreas do conhecimento com a política nacional ou com a ciência e tecnologia; incipiência na formação de redes nacionais e internacionais entre os pesquisadores; tendência à especialização do campo. Outros pontos relacionados nesse item referem-se à existência de poucos meios de divulgação; à precariedade da comunicação entre os pesquisadores; à inadequação de alguns dos procedimentos recomendados nos atuais documentos normativos da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) em relação a estudos epidemiológicos voltados para a Saúde Pública; a questões ainda não resolvidas no campo da incorporação de modelos teóricos na epidemiologia. Para todos os pontos relacionados, foram propostas ações destinadas a aprimorar e avançar o conhecimento e as relações do campo e dos pesquisadores, inclusive no incentivo ao desenvolvimento de metodologias para a avaliação e a incorporação do conhecimento epidemiológico nas políticas públicas, além da análise do seu conseqüente impacto político.

O terceiro ponto tratado no Plano Diretor refere-se à epidemiologia nas políticas, nos programas e serviços de saúde. Sem dúvida, a importância conferida pelos epidemiologistas a esse item expressa-se na criação das Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças (Expoepi), fórum anual específico para divulgação, discussão e

premiação de trabalhos e experiências bem-sucedidas no campo da epidemiologia dos serviços de saúde. Revelam os profissionais que há ainda questões a serem resolvidas, como a do "aprimoramento da capacidade dos profissionais em problematizar a sua prática e elaborar perguntas de investigação pertinentes para as políticas de saúde regionais ou locais, e também melhorar a capacidade do uso de métodos de análise epidemiológica" (IV Plano Diretor para o Desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil, 2005:29). Ressaltam que continuam válidas as idéias de "manutenção e fortalecimento da articulação entre academia e serviços" (IV Plano Diretor, 2005:30). A simples enumeração dos pontos tratados nesse item revela o destaque concedido à epidemiologia e às questões políticas e de serviços: sistemas de informação; práticas epidemiológicas referentes à análise de situação de saúde; vigilância em saúde; avaliação de programas; recursos humanos e a inserção da epidemiologia nas políticas intra e intersetoriais.

Comissão de Políticas de Saúde, Planejamento e Gestão

Na década de 80, em especial no período de efervescência da Reforma Sanitária, constituiu-se na Abrasco uma Comissão de Políticas de Saúde, Planejamento e Gestão que, posteriormente, se desmobilizaria, vindo a se rearticular no final dos anos 90. Essa rearticulação incorporou o tema da gestão, que ganhou enorme impulso nessa década, concomitante aos movimentos da reforma do Estado e de suas políticas setoriais, com destaque para a área social. Informações prestadas pela Comissão registram que foi em 1° de dezembro de 2001, por ocasião da realização do seminário Saúde e Desigualdade – Instituições e Políticas Públicas no Século XXI, que se repensou a questão de se refundar uma Comissão de Políticas de Saúde, Planejamento e Gestão.

> Nesta reunião, foi enfatizado o caráter eminentemente acadêmico da iniciativa, visando dentre outros os aspectos referentes à divulgação e intercâmbio das linhas e respectivos focos de pesquisa, a identificação e discussão das questões teóricas e metodológicas relevantes para o desenvolvimento da investigação na Área, a busca de estratégias para o fortalecimento dos grupos de pesquisa em Política, Planejamento e Gestão em Saúde com vistas a melhorar o fluxo de financiamento e a consolidação dos mesmos no âmbito da Saúde Coletiva e o fomento do estreitamento das relações entre os centros acadêmicos e os Gestores do SUS em benefício do aprimoramento do Sistema de Saúde no Brasil. (Informe da Comissão, 2006)

Em comum acordo com a Abrasco, foram definidos os critérios para constituição da Comissão. Dessa forma, estabeleceu-se que deveria

ter abrangência regional e contemplar instituições mais antigas e mais recentes com produção acadêmica na área. De um rol de 19 instituições inicialmente listadas segundo esses critérios, apenas 12 eram sócias da Abrasco e passaram imediatamente a compor a Comissão: Departamento de Medicina Preventiva e Social/Universidade Estadual de Campinas (DMPS/Unicamp); Departamento de Medicina Preventiva/Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (DMP/FMUSP); Departamento de Medicina Social/Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo (DMS/FM Ribeirão Preto/USP); Departamento de Medicina Social/Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa/São Paulo (DMS/FCM Santa Casa/SP); Departamento de Saúde da Coletividade, Faculdade de Medicina do ABC (DSC/FMABC); Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP); Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo (FSP/USP); Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj); Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA); Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva/Pernambuco (NESC/PE); Núcleo de Pesquisa Coletiva/Universidade Federal de Minas Gerais (Nescom/UFMG); Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva/Universidade Federal do Rio de Janeiro (NESC/UFRJ).

Em 26 de novembro de 2002, foi realizada em São Paulo a primeira reunião da Comissão graças ao apoio da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, contando com oito membros presentes e convidados da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, da Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde (SAS/MS) e de integrantes da Equipe de Transição do Governo Federal. A reunião tratou da estruturação interna da Comissão, das propostas da área para o VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e da elaboração de uma agenda para a interlocução política com gestores do SUS. As diretrizes para a elaboração de um Plano Diretor da Comissão ficaram para serem efetivadas por meio da realização de uma Oficina de Trabalho Pré-Congresso da Abrasco.

A Comissão foi a responsável pela área temática de Políticas de Saúde, Planejamento, Gestão e Avaliação (Corredor 7) no Congresso de Saúde Coletiva. Nesta atividade, avaliou cerca de novecentos trabalhos, por meio de uma comissão científica composta por 43 pesquisadores, contemplando-se os critérios institucional e regional, mesclando pesquisadores jovens e seniores. A taxa de rejeição dos trabalhos girou em torno de 10%, agrupando-se os aprovados em 18 comunicações coordenadas e 12 painéis, o que traduz a destacada presença da nossa área. A Comissão também propôs nove palestras, abrangendo temas de interesse acadêmico e prático, tais como exclusão, desigualdade, papel

social do pesquisador, modelos assistenciais, segmentação do sistema de saúde brasileiro e acesso aos medicamentos.

Com o apoio da secretaria executiva do Ministério da Saúde, a Comissão realizou em dois dias uma oficina de trabalho com a participação de cerca de sessenta pessoas pertencentes a instituições de pesquisas de todas as regiões do país, a qual debateu aspectos relativos à inserção da área temática da Comissão no campo da Saúde Coletiva e produziu uma lista de tópicos em conjunto com o gestor do SUS que subsidiou a elaboração do Plano de Trabalho da Comissão.

Destaque-se que a oficina foi um momento de reflexão trazido pela apresentação de palestras e debates que se completaram com a exposição da linha de trabalho do Ministério da Saúde. Conforme o relatório da oficina, os debates apresentaram questões importantes sobre as relações com o Estado e o governo e sobre a necessidade de se articularem as áreas de política, planejamento e gestão tomando a ciência política como centro da atividade do pensar, assim como se constatou a necessidade de promover a articulação entre os diversos centros, a fim de se evitarem centralismos e visões monolíticas nos temas e pesquisas. Dentre as propostas, sobressaiu a intenção de ampliar a visão interinstitucional e de avançar a investigação nessa área.

Retomando as informações da Comissão, destaca-se que ela – como desdobramento da Oficina de Trabalho – estabeleceu em 2004 um convênio com o Ministério da Saúde, por meio da secretaria executiva, abrangendo sete projetos: auxílio na constituição e funcionamento da Rede de Apoio à Gestão do SUS; qualificação à gestão descentralizada; avaliação do SUS; regionalização do SUS; levantamento da produção realizada na área de políticas de saúde, planejamento e gestão no Brasil no período de 1999 a 2005; assessoria no processo de acompanhamento e avaliação do Plano Nacional de Saúde; criação de um periódico científico na área de gestão e políticas de saúde. A execução dos projetos envolve todas as instituições componentes da Comissão e se dá de forma sistematizada. Todos se encontram em andamento; inclusive o projeto de uma revista já foi elaborado, estando em negociação com membros do Departamento de Apoio à Descentralização/Ministério da Saúde (DAD/MS).

A Comissão participou ativamente na formulação do VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e do XI Congresso Mundial de Saúde Pública, sendo responsável pelo tema C do programa. Apresentou 14 eventos (palestras e colóquios) para serem desenvolvidos na ocasião, além de uma Oficina de Trabalho sobre Planejamento e Gestão em Saúde no Brasil.

No final do documento, a Comissão destaca:

> Reafirmamos o nosso compromisso, enquanto Comissão, de desenvolver um trabalho voltado ao conjunto das Instituições que atuam na Área, em benefício do fortalecimento das atividades de ensino, pesquisa e prestação de serviço à comunidade, buscando estreitar as parcerias com os Gestores das três esferas de governo em prol da melhoria do sistema de saúde. (Informe da Comissão de Políticas de Saúde, Planejamento e Gestão, 2006)

Grupos Temáticos

Acreditação Pedagógica

A questão da acreditação pedagógica tem a sua história marcada pelas reuniões realizadas no final de 1999,[5] quando se definiram as linhas de atuação. Inicialmente, houve necessidade de adesão a um termo até então pouco familiar ao sistema brasileiro, no qual sua utilização vincula-se à acreditação hospitalar. Como esclarece Célia Ramos (2003:2),

> Este termo encontra-se definido, na literatura de avaliação, como um processo de busca da qualidade a partir de critérios previamente acordados entre partes, em relação a uma prática ou atividade. Não deve ser confundido com *labelization* ou adequação a alguma ISO. É um mecanismo considerado como o mais adequado para regular a qualidade de cursos voltados explicitamente para serviços.

Essa autora nos informa, ainda, que esse termo tem sido utilizado há mais de 15 anos em vários países, notadamente França, Estados Unidos, Inglaterra e Austrália. Entre nós, o processo foi conduzido pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), mas desde o início a Abrasco e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) constituíram-se como importantes interlocutores, assim como se contou com a assessoria da École National

---

[5] O I Seminário de Acreditação Pedagógica foi realizado em 28, 29 e 30 de setembro de 1999, juntamente com o XI Seminário da Coordenação de Cursos Descentralizados, na Escola Nacional de Saúde Pública – Rio de Janeiro. O Relatório Final data de outubro de 1999. O I Seminário Regional de Acreditação Pedagógica foi realizado de 14 a 16 de dezembro de 1999, em Recife (PE); o II Seminário Regional de Acreditação Pedagógica ocorreu em 30 e 31 de março de 2000, em Campo Grande (MS); a Oficina sobre Acreditação dos Cursos *Lato Sensu* em Saúde Pública, no VI Congresso da Abrasco, em 28 e 29 de agosto de 2000, em Salvador (BA); o III Seminário de Acreditação da Região Sul, em 27 e 28 de julho de 2000, em Porto Alegre (RS); a Oficina de Trabalho do Grupo Político, em 15 e 16 de março de 2001, em São Paulo (SP); a Oficina de Trabalho, em 29 e 30 de maio de 2001, no Rio de Janeiro (RJ).

de Santé Publique de Rennes (França). Não detalharemos as fases das atividades, mas ressaltamos que todo o processo, no período de setembro de 1999 a maio de 2001, foi de construção de consenso em torno da idéia da acreditação, apresentação de um protótipo de instrumento e institucionalização do projeto. De junho de 2001 a agosto de 2003, realizaram-se tarefas que incluíram não somente a finalização do instrumento técnico, mas a de um projeto-piloto, inclusive a participação num fórum internacional realizado na França.

Como informa a nota 5, muitas foram as atividades desenvolvidas pelo GT. Acrescentamos e salientamos a realizada em 20 e 21 de março de 2003 para o pré-teste do "Manual de Acreditação de Cursos", com a realização de visitas aos três cursos programados.

Comunicação e Saúde

Há cerca de seis anos, Pitta e Magajewski (2000) indicavam que no plano acadêmico ocorria um desenvolvimento crescente no campo da comunicação, o mesmo não acontecendo no plano das políticas governamentais. Ressalte-se que o nome genérico – comunicação e saúde – envolve a informação, a educação e a comunicação propriamente dita, e nesse documento os autores chamam a atenção para a necessidade de integração dessas três dimensões.

Relato recente desse GT aponta:

> Nestes quinze anos, o GTCOM vem buscando articular diferentes campos do conhecimento das Ciências Sociais e Humanas e a Saúde. No entanto, se existem diferentes formas de compreensão e modos de intervir que não são estranhos aos membros do GT, há um consenso mínimo e um conjunto de relações institucionais que aproxima os seus membros, além da própria natureza do objeto de reflexão do grupo que desde a sua criação vem procurando atender aos requisitos e chamamentos de um campo do conhecimento eminentemente transversal ao conhecimento acumulado no campo da Saúde Coletiva, a demandar, portanto, uma prática articulada e cooperativa entre seus membros. (Documento "Memórias de uma Construção", GTCom-Abrasco, 2006:1)

Acentua ainda o documento:

> A preocupação com uma reflexão acadêmica entre as relações Comunicação e Saúde data da segunda metade dos anos 80. Pode-se identificar como uma primeira expressão mais estruturada desta preocupação um Encontro promovido pela Fundação Ezequiel Dias/Belo Horizonte, apoiado pela OPAS, em 1989. Desde então são lançadas as bases conceituais para o aprofundamento deste tema. Nesta ocasião, pela primeira vez, alguns dos

> futuros membros do atual GT ABRASCO tiveram o privilégio de encontrar Fernando Lefévre – desde então uma referência na discussão do tema e apoiador incondicional da criação do mesmo. (Documento "Memórias de uma Construção", GTCom-Abrasco, 2006:1)

Ponto importante desse GT tem sido a discussão da constituição de um 'núcleo duro' do seu trabalho – não sem resistências e debates – que ocorreu em diversos momentos: em Belo Horizonte (MG), no Encontro de Ciências Sociais e Saúde, e em seguida no Congresso Brasileiro de Epidemiologia de 1992, no Rio de Janeiro, quando o tema saiu da esfera de um pequeno grupo e foi promovido um primeiro debate ampliado. Nesse cenário, o Grupo Temático Comunicação e Saúde (GTCom) se institucionaliza e inicia a construção de cumplicidades e alianças com outros GTs, em especial de Educação e Informação. Em 1994, no Instituto Brasileiro de Administração Municipal do Rio de Janeiro (Ibam-RJ), deu-se o que no GTCom foi denominado de 'Encontro Fundador'. Na ocasião, depois de um longo debate sobre as questões que o GTCom pretendia articular e sobre a necessidade de repensar teorias e metodologias específicas para o campo, foi produzido o Termo de Referência que orientou o debate e as ações do GTCom e de seus membros. O desdobramento desse encontro foi a constituição de cursos de extensão e especialização sobre o tema da comunicação e da saúde.

Os cursos tiveram um papel mobilizador estratégico e se transformaram nos primeiros passos de uma produção científica organizada, de constituição de núcleos institucionais em diferentes regiões do país e de institucionalização e reconhecimento em relação a outros saberes, instituições e campos profissionais. A presença de membros do GTCom orientando em cursos de pós-graduação, no desenvolvimento de projetos de pesquisa, em assessorias e em publicações especializadas demonstra a legitimidade acadêmica dos seus quadros e a capacidade mobilizadora e integradora do tema, que acabou buscando parcerias em grupos de estudos e pesquisas em comunicação de diferentes universidades brasileiras, como a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), a Universidade Federal da Bahia (UFBA) e a Universidade de Brasília (UnB). A busca de uma relação mais estreita com o controle público dos serviços e ações de saúde foi objeto de seminário e da publicação, em 1993, do número 1 da série *Saúde & Movimento*. Iniciou-se um movimento de parceria com diferentes universidades brasileiras com cursos em comunicação e cultura. Uma conseqüência desse movimento de alianças foi o lançamento, no 'Abrascão' de 1995, em Águas de Lindóia (SP), do livro *Saúde e Comunicação: visibilidades e silêncios*,

organizado por Áurea M. da Rocha Pitta (1995). No temário, diferentes perspectivas, autores, instituições, enfoques: novas tecnologias, poder simbólico, democracia, descentralização do processo decisório e das ofertas de serviços, além de usos da mídia, foram alguns dos temas e problemas apresentados para o campo.

Dentre outras atividades do GT, destacam-se as mostras de filmes. O sucesso da iniciativa, ampliando as linguagens e os modos de enunciação da saúde, permite afirmar que ela se desloca do campo do GTCom e, cada vez mais, é parte dos encontros da Abrasco. Promovendo encontros, oficinas, mesas-redondas, painéis e fazendo da comunicação um campo de reflexão, debates acadêmicos e novas práticas, o GTCom insiste em articular a luta política com o debate acadêmico (Documento "Memórias de uma Construção", GTCom Abrasco, 2006:1).

Educação Popular e Saúde

Ao relatar a história desse grupo, os participantes retomam o III Simpósio Interamericano de Educação em Saúde, realizado no Rio de Janeiro em 1990, quando se iniciou a articulação nacional dos grupos, profissionais e militantes dos movimentos populares que estavam interessados em educação popular. Em 1991, ocorreu o I Encontro Nacional de Educação Popular em Saúde, em São Paulo, quando foi realmente articulada a organização da área. Nos anos seguintes, realizaram-se encontros, grupos de debates acadêmicos, publicações, mas o grau de participação era pequeno e não havia maior formalidade na organização. Foi com a oficina realizada no Rio de Janeiro, em dezembro de 1998, com o apoio institucional da Escola Nacional de Saúde Pública, que se criou a Rede de Educação Popular em Saúde, ampliando os objetivos de maior integração entre os profissionais latino-americanos e de reorientação das políticas sociais no sentido de torná-las mais participativas. A proposta de criação do grupo temático da Abrasco foi apresentada em agosto de 2000, a fim de institucionalizar as atividades até então desenvolvidas. Somente em 15 de abril de 2005, o GT de Educação Popular e Saúde rediscutiu a sua organização e dinamização, em especial a vinculação da Rede de Educação Popular aos eventos da Abrasco.

Em relação à Rede de Educação Popular, verificamos que a sua ampliação vem ocorrendo, sendo que hoje são 842 membros cadastrados. O boletim *Nós da Rede* é editado pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), com tiragem de cinco mil exemplares, impresso e distribuído com o apoio da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde/

Ministério da Saúde (SGTES/MS). Entre as iniciativas do GT destacam-se a edição dos *Cadernos de Educação Popular em Saúde* e do *Almanaque de Educação Popular em Saúde*, em parceria com o Departamento da Gestão da Educação na Saúde/Ministério da Saúde (Deges/MS) e a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (Aneps).

Diante da importância crescente assumida pela questão da educação popular, inclusive com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, o GT ampliou o seu papel para além da participação em eventos, desenvolvendo linhas de ação mais consistentes, incluindo a produção de conhecimentos e a interação com outros movimentos sociais. Apresentam-se como objetivos do GT para o período 2005-2007:

- a formação ampliada de recursos humanos em saúde no nível de pós-graduação, especialmente cursos de especialização, cursos de atualização e processo de formação para trabalhadores do SUS;
- a promoção de encontros científicos periódicos para discutir e aprofundar a temática;
- a divulgação das reflexões teórico-metodológicas do campo por meio de publicações como livros, artigos, hipertextos, boletins, listas de discussão e *sites*.

O GT é formado atualmente por um coordenador, dois vice-coordenadores e comissão executiva constituída por 11 membros. São participantes institucionais, além dos participantes individuais: Rede de Popularização da Ciência e da Tecnologia na América Latina e no Caribe (Rede-POP), Residência em Saúde da Família e Comunidade (Integrada e Médica)/Grupo Hospitalar Conceição-GHC (Rio Grande do Sul), Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina/Universidade de Brasília (UnB), Pós-Graduação em Saúde Coletiva/Universidade Comunitária Regional de Chapecó (Unochapecó – Chapecó, Santa Catarina).

Gênero e Saúde

O GT foi criado em 1995, durante o III Congresso Brasileiro de Epidemiologia, realizado em Salvador (BA), e nos primeiros anos de funcionamento contou com o apoio da Fundação Ford e da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Segundo documento recente,

> Ao longo dos seus dez anos de funcionamento, o GT tem buscado fortalecer os vínculos e interlocução entre a academia, os serviços de saúde e os movimentos sociais, particularmente o de mulheres, visando tornar o

conhecimento acadêmico cada vez mais útil e acessível para os profissionais e demais atores sociais comprometidos com a saúde das mulheres e captar demandas emergentes de produção de conhecimento e formação de profissionais. Também tem procurado contribuir para a incorporação da perspectiva de gênero na compreensão de fenômenos de interesse na área de Saúde Coletiva, abordando novos temas e revisitando antigos. Com isso, pretende criticar o essencialismo das explicações correntes para as diferenças no adoecimento e morte de mulheres e homens e fortalecer abordagens alternativas para os fenômenos, contribuindo para ampliar o tradicional debate sobre as desigualdades sociais em saúde. (Informe do GT Gênero e Saúde, 2006)

A própria temática, bastante diversificada, inclui diferentes profissionais procedentes da epidemiologia e das ciências sociais, tais como: reprodução, juventude, violência doméstica e sexual, Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis (DST), controle social, monitoramento e avaliação de políticas e programas para mulheres.

O GT também tem participado de eventos nacionais e internacionais (I Encontro Latino-Americano de Saúde, Eqüidade e Gênero – Abrasco/Asociación Latinoamericana de Medicina Social (Alames), 1999; e II International Congress Women Work Health – Fiocruz/Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)/Abrasco/Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 1999. Em relação às publicações, editou duas coletâneas (Costa, Merchan-Hamann & Tajer, 2000; Villela & Monteiro, 2005).

O grupo temático está representado na Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher, uma das comissões assessoras do Conselho Nacional de Saúde, o que possibilita a articulação entre a produção acadêmica e a elaboração de políticas públicas em saúde.

Como forma de comemoração dos seus dez anos, em 2005, durante o IV Congresso de Ciências Sociais e Saúde, o GT realizou uma oficina de avaliação dos avanços e lacunas na incorporação da perspectiva de gênero no âmbito da produção do conhecimento em Saúde Coletiva. A coordenação do grupo temático avaliou:

A oficina apontou que gênero já é assumido como um recorte transversal em um volume significativo de pesquisas na área, do mesmo modo que a idéia de integralidade, conceito que estabelece com gênero uma área de fronteira. (...)

São apontadas algumas lacunas, em especial relacionadas ao campo dos estudos epidemiológicos, quando aparece confundido com a noção de sexo, sendo tomado como variável ou categoria empírica e não como categoria analítica. No campo dos estudos de planejamento e políticas de saúde, a incorporação da perspectiva de gênero ainda é esporádica e muitas vezes incipiente. Ademais, a operacionalização de políticas baseadas na noção de

gênero não é uma tarefa simples, e muitas vezes essa intenção se traduz apenas na maior oferta de serviços de saúde para mulheres. (Informe do GT Gênero e Saúde, 2006)

Promoção da Saúde

Durante o VI Congresso de Epidemiologia, em Recife (PE), em 19 e 20 de junho de 2004, o GT de Promoção da Saúde apresentou uma intensa discussão sobre o tema, inclusive com a produção de importantes contribuições para a construção conceitual do campo, para a melhor compreensão das práticas orientadas pela estratégia promocional e para a construção de uma base programática mais consistente e operacional. Por decisão do conjunto dos participantes, ficou estabelecido que o debate não deveria ser fechado em termos de um documento ou relatório final, mas deveria prosseguir buscando ainda novas contribuições de outras organizações e grupos, principalmente extra-setoriais.

Em termos conceituais, reafirmou-se que a Promoção da Saúde (PS) tem como foco a complexidade e o caráter socialmente determinado dos processos saúde-doença, valorizando o enfoque positivo e ampliado de saúde, já presente inclusive na Constituição Brasileira. No plano organizacional, foi considerado que o tema da promoção, por envolver considerações e propostas em todo o campo da Saúde Coletiva, transborda os limites do GT e cruza transversalmente as temáticas de praticamente todos os GTs da Abrasco.

Ficou estabelecido que o GT deve considerar como seu âmbito de atuação o esforço de pesquisa e formação em Promoção da Saúde (PS) em todos os níveis, tanto nas instituições acadêmicas como nas organizações de gestão em saúde, visando expandir os conhecimentos teóricos e práticos no campo – além da tarefa permanente de *advocacy* pela saúde e pela construção de políticas públicas integradas em prol da qualidade de vida de indivíduos (autonomia) e grupos sociais (eqüidade), conforme o Relatório do GT Promoção da Saúde.[6]

---

[6] Dentre as reuniões de que o GT participou, citamos: Seminário Promoção da Saúde no Contexto do Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável, ENSP/Fiocruz, julho de 2002; Pré-III Conferência Regional Latino-Americana de Promoção e Educação em Saúde, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/SP), 10/11/2002 (junto com o DLIS); Fórum Social Mundial, Porto Alegre (RS), 23/1/2003; Oficina no VII Congresso da Abrasco, Brasília, 29/7 a 2/8/2003; Oficina de Trabalho no VI Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Recife (PE), 19 a 23/6/2004.

Saúde do Trabalhador

Cita-se como marco inicial para a construção do GT a Reunião Nacional sobre Ensino e Pesquisa em Saúde Ocupacional, realizada em Campos do Jordão (SP), em 1983. Mesmo com a realização da I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, em 1986, que deflagrou importantes questões sobre as relações trabalho e saúde, foi somente em 1994, durante a realização do V Congresso Paulista de Saúde Pública, em Águas de Lindóia (SP), que o GT se constituiu. Para os integrantes da área,

> Os dez anos seguintes se caracterizaram por uma permanente contradição entre a alta relevância da temática e a carência de espaços consolidados no interior do setor saúde. Reflexo dessa situação é a existência de experiências pontuais nos serviços de saúde e a limitada estruturação em instâncias acadêmicas. (Informe do GT Saúde do Trabalhador, 2006)

Prossegue o *Informe*:

> Nesse período, o GT tem realizado muitas atividades e um destaque importante tem sido as questões relativas aos acidentes de trabalho, com a revisão das informações oficiais de acidentes de trabalho e a formulação de propostas multicêntricas de aprofundamento, mas não receberam o apoio necessário das agências de fomento, até o presente. (Informe do GT Saúde do Trabalhador, 2006)

Ainda nesse *Informe* é salientado que

> Uma das tentativas do grupo é a de trabalhar em rede, disseminando informação sobre o GT via internet com o intuito de ampliar o número de participantes e o envolvimento em atividades diversas. Destaca-se, ainda, a participação do GT na organização da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada em 2005, decisiva na melhoria dos debates, principalmente pela colaboração prestada por alguns dos membros na elaboração de textos de apoio e na edição de um número especial da revista Ciência & Saúde Coletiva. (Informe do GT Saúde do Trabalhador, 2006)

Como proposta, o GT apresenta o grande desafio: a realização de um primeiro Congresso Nacional de Saúde do Trabalhador em 2007, com vistas a aprofundar o campo da saúde do trabalhador. Pretende-se, também, proceder a articulações com os países latino-americanos, inclusive discutindo a possibilidade de se organizar um congresso de âmbito latino-americano.

Num sentido crítico, mas altamente revelador da maturidade do campo, o GT assinala:

> Em síntese, numa análise crítica desses 20 anos, constatamos que estivemos muito voltados para nós mesmos, dadas as deficiências da estruturação da área nos serviços de saúde e nas universidades. As redes propostas sempre

tiveram uma característica endógena, o desafio atual é, além de aprofundarmos conceitual e praticamente a natureza da nossa perspectiva acadêmica, costurar relações amplas com parceiros fora do setor da saúde estrito senso. (Informe do GT Saúde do Trabalhador, 2006)

Saúde e Ambiente

O Grupo de Trabalho Saúde e Ambiente foi organizado em 2001 e desde o início contou com o apoio da Coordenação Geral de Vigilância Ambiental/Fundação Nacional de Saúde (CGVAM/Funasa), atual Serviço de Vigilância Sanitária, e da Representação da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS) no Brasil. A primeira oficina foi realizada nos dias 21 e 22 de maio de 2001, na sede da Opas/OMS em Brasília. Naquele momento, o GT procurou pautar suas atividades a fim de construir sua identidade, congregando profissionais e sendo contemporâneo das questões que relacionam saúde e ambiente. Essa fundamentação tornou-se um dos princípios do grupo, seja no campo do conhecimento, seja no desempenho de seu papel político na proposição de estratégias de ação. Assim, numa perspectiva de integração e articulação entre os diversos órgãos que tratam do assunto, a agenda deveria contemplar três questões básicas: a poluição, a água e a floresta.

Além dessa pauta ampla, outros temas deveriam ser abordados: as questões urbanas (áreas metropolitanas), as questões rurais (uso do solo, agrotóxicos e transgênicos), controle químico do setor saúde. A longa pauta desenvolvida incluiu questões teórico-conceituais e metodológicas para tratar a interface saúde/ambiente, as relações com as políticas, os programas e os serviços de saúde, a vigilância em saúde e ambiente, além da pesquisa em saúde e ambiente, conforme a Versão Preliminar do Plano Diretor Saúde e Ambiente, elaborada em 2003.

Em 2003, o Relatório do GT assinalava que o grupo estava constituído por vinte membros procedentes de diversos estados e instituições, incluindo alguns técnicos do Ministério da Saúde e da Opas.

O GT teve participação de destaque no VII Congresso da Abrasco, organizando um corredor temático com uma mesa de debates, sete painéis, duas conferências e três palestras. Saliente-se, ainda, que os membros do GT produziram oito artigos para a *Revista Brasileira de Epidemiologia* e colaboraram com diversos eventos nacionais: Agenda 12 Brasileira, elaboração da publicação *Geo-Brasil,* Seminário na Câmara dos Deputados sobre Legislação do Saneamento, instituição do Prêmio Milton Santos em colaboração com a Fiocruz, edição de um livro sobre ambiente com a Fiocruz, Dia Mundial da Saúde (tema Saúde Ambiental Infantil), I Seminário

Nacional de Saúde e Ambiente com Controle Social, participação na Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC). Lembramos que, durante o VII Congresso da Abrasco, o GT reuniu cinqüenta convidados em uma oficina que foi altamente importante na fixação dos encaminhamentos do grupo, conforme o Relatório do GT Saúde e Ambiente, 2003.

Saúde dos Povos Indígenas

O GT Saúde dos Povos Indígenas foi criado em 2000, como resultado da oficina de trabalho sob os auspícios do Centro de Pesquisas Leônidas e Maria Deane, da Fundação Oswaldo Cruz, em Manaus (AM), da qual participaram pesquisadores vinculados a instituições de ensino e pesquisa em saúde das diversas regiões do país. O grupo que tomou parte dessa oficina foi constituído com base em indicações da Abrasco e da Associação Brasileira de Antropologia (ABA), cada qual com quatro representantes.

As origens do interesse sobre essa temática prendem-se à

> intensificação dos debates acerca da importância da categoria etnia e, em particular, dos indígenas, como relevante no debate acerca das iniqüidades sociais e em saúde no Brasil. Estudos recentes têm demonstrado amplamente o quadro de marginalização sócio-econômica [*sic*] e política no qual estão inseridas as sociedades indígenas no Brasil, com graves impactos sobre sua saúde. (Documento GT Saúde dos Povos Indígenas, jun.2006)

Devem ser consideradas ainda as peculiares características da morbimortalidade indígena que mostram proeminência das doenças infecto-parasitárias, mas que apresentam, também, um quadro no qual se observa:

> a rápida emergência das doenças crônicas não transmissíveis, em especial a obesidade, diabetes mellitus e hipertensão. As conseqüências dessa 'sobreposição' de perfis epidemiológicos (para os indivíduos, as comunidades e os serviços de saúde) são amplas e de difícil caracterização devido à precariedade das fontes de informação sobre a saúde das populações indígenas. A tendência à urbanização de parcela expressiva desse contingente populacional torna ainda mais complexa a análise do processo saúde-doença indígena, pois pouco se conhece acerca de suas condições de vida nas cidades. (Documento GT Saúde dos Povos Indígenas, jun.2006)

Concorreu também para o crescente interesse nessa temática a promulgação, em 1999, da Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas, com a proposta de 'distritalização' da atenção à saúde dessas populações, por meio da implantação de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) em todo o país. Verificou-se ainda, em muitos distritos, a

terceirização da gestão e dos serviços, o que se deu mediante convênios firmados entre o nível federal – representado pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa) – e diversas organizações não-governamentais, missões religiosas e, mais recentemente, fundações universitárias.

Os autores do documento que estamos utilizando indicam:

> Durante os seus cinco anos de funcionamento (2000-2005), o GT tem atuado em várias frentes. No campo político, uma das conquistas mais importantes foi a obtenção de uma vaga de representação junto à CISI (Comissão Intersetorial de Saúde Indígena), vinculada ao Conselho Nacional de Saúde. Trata-se de espaço estratégico no qual são discutidos temas correntes relacionados à política de atenção à saúde indígena no país. Outro papel importante desempenhado pelo GT foi marcado por sua participação junto ao DECIT/MS, que resultou na elaboração das 'prioridades de pesquisa em saúde indígena', contempladas em vários editais recentes do DECIT-CNPq. (destaques no original)

Destacam os autores a importância dos congressos anuais promovidos pela Abrasco nas áreas de Saúde Coletiva, epidemiologia e ciências sociais, os quais têm servido como espaço fundamental de atuação do GT. Em 2002, durante o V Congresso Brasileiro de Epidemiologia, foram inauguradas as oficinas de trabalho de 'saúde indígena'. Desde então, realizaram-se quatro oficinas, dedicadas aos seguintes temas: "Saúde e Epidemiologia das Populações Indígenas no Brasil" (Curitiba, 2002), "Políticas Públicas e Saúde das Populações Indígenas" (Brasília, 2003), "Indicadores Epidemiológicos, Avaliação de Serviços e Saúde Indígena" (Recife, 2004) e "A Antropologia e os Desafios da Saúde Indígena no Brasil" (Florianópolis, 2005). Cerca de 280 pesquisadores, estudantes e técnicos oriundos de todos os estados e, freqüentemente, representantes dos mais distantes Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) participaram dessas oficinas. Vale mencionar que as oficinas de saúde indígena promovidas por esse GT tornaram-se fóruns únicos no qual pesquisadores e profissionais dos serviços de saúde debatem temas de interesse comum e discutem os resultados de pesquisas recentes na área. Os participantes das oficinas buscam ainda identificar lacunas do conhecimento, propor linhas de investigação e formas de articulação das instituições de pesquisa e ensino com os serviços de saúde.

Um importante produto do GT nesse primeiro período de atividade foi a publicação da coletânea *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil* (Coimbra Jr., Santos & Escobar, 2003), com apoio da Fundação Ford, lançada em Brasília durante o VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. É constituída de uma seleção de textos e experiências que foram discutidas durante a oficina de trabalho realizada em Curitiba (PR), em

2002. Anteriormente, em 2001, fora lançado um fascículo temático de *Cadernos de Saúde Pública* (volume 17, número 2), intitulado *Saúde dos Povos Indígenas no Brasil: perspectivas atuais*, que congregou reflexões e estudos de caso sobre temas diversos e reuniu vários participantes do GT.

Destaque-se na atualidade o trabalho do GT com o objetivo de consolidar articulações com agências governamentais – Fundação Nacional do Índio (Funai) e Funasa – e estabelecer parcerias com outras associações científicas, particularmente com a Associação Brasileira de Antropologia (ABA) e com a Associação Brasileira de Estudos Populacionais (Abep), por meio de seu GT de Demografia Indígena, inclusive realizando oficinas de trabalho conjuntas durante os congressos anuais da Abep. Como primeiro produto dessa parceria, foi publicada importante coletânea que congregou as pesquisas mais recentes sobre o tema (Pagliaro, Azevedo & Santos, 2005). Vale mencionar que se trata do primeiro livro publicado no país sobre demografia indígena. Outro importante produto da colaboração entre os GTs Saúde Indígena da Abrasco e Demografia Indígena da Abep consiste na primeira análise sistemática do componente indígena dos censos de 1991 e 2000, que se tornou possível graças ao apoio do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Esse estudo resultou na publicação de um livro que integra a série "Tendências Demográficas", publicada pelo IBGE, e intitula-se *Uma Análise dos Indígenas com Base nos Resultados dos Censos Demográficos 1991 e 2000* (IBGE, 2005).

No final do documento, os autores reconhecem como desafios: a implementação e consolidação da nova política de atenção à saúde indígena – envolvendo centenas de milhares de usuários, além de agências governamentais e não-governamentais –, sem perder de vista a imensa sociodiversidade indígena, bem como a heterogeneidade das demandas e de perfis epidemiológicos verificados entre os vários DSEI; o papel estratégico a ser desempenhado pelas pesquisas em Saúde Coletiva, sempre que integradas às atividades de ensino e formação de recursos humanos nas diversas instâncias do sistema formador (graduação e pós-graduação); e a incorporação dos conhecimentos gerados às ações de saúde. O documento enfatiza a necessidade do fortalecimento de parcerias inter-regionais que agreguem serviço-ensino-pesquisa e a recuperação da identidade cultural indígena.

Informação em Saúde

No relato do GT, o ponto inicial refere-se à proposta desse grupo temático no sentido de "Constituir-se em um espaço aberto e plural de

debate, construção e sistematização de propostas relacionadas a um Projeto Nacional para o campo da Informação em Saúde comprometido com a melhoria da Saúde da população brasileira". A idéia de sua constituição surgiu como um dos produtos da Oficina de Trabalho realizada no II Congresso Brasileiro de Epidemiologia, em Belo Horizonte (MG), em 1992, e tomou como referência os seguintes pontos:

1. O diagnóstico em torno da situação das informações em saúde, evidenciando sua fragmentação, a falta de processos abertos de padronização, a ausência de uma 'cultura do uso da informação' no processo decisório, a fragilidade das estratégias de disseminação e da elaboração de preceitos éticos e de segurança que protejam a privacidade do cidadão.
2. Coerência com a tendência internacional, apesar do atraso, de modo a se tornar um incremento na produção de conhecimento relacionado à informação em saúde, suscitando novas demandas para as instituições de pesquisa e ensino no Brasil.
3. A constatação da necessidade de novos conteúdos nos processos de capacitação que propiciem novas habilidades e competências aos profissionais responsáveis pela gestão da informação, impondo que sejam aprofundadas as reflexões sobre qual o perfil desse profissional em face do acelerado processo de inovações tecnológicas nesse campo.

O GT adota um conceito amplo de informação em saúde, englobando as informações sociais e demográficas e incorporando, entre seus membros, representantes da Associação Brasileira de Estudos Populacionais (Abep). Com o referencial da inter e da transdisciplinaridade, a primeira composição do GT Informação em Saúde contou com participantes das seguintes instituições: Universidade de São Paulo (USP), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Fiocruz, Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) e, pela Abep, IBGE, Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados Estatísticos (FSEADE) e Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj).

O Informe do GT Informação em Saúde (2006) relata que

> Tensões marcaram a constituição desse Grupo Temático: a interlocução com outras comissões e GT(s) da ABRASCO, principalmente com a Comissão de Epidemiologia e posteriormente com o GT Comunicação e Saúde. No Brasil, o campo da Informação em Saúde não tem suas delimitações epistemológicas suficientemente legitimadas pelos pares no interior da Saúde Coletiva. Basicamente em função desse diálogo entre campos não estar devidamente aprofundado, a ABRASCO optou pela denominação de 'grupo técnico/

temático', por entender que a Informação em Saúde não se constituía em um campo disciplinar que justificasse a formação de uma 'Comissão'. Esse debate no âmbito da Saúde Coletiva permanece atual. (destaques no original)

No início de sua atuação, o GT priorizou: 1) a compatibilização das bases de dados, com a melhoria de sua qualidade; 2) a definição de estratégias de disseminação das informações; 3) a necessidade de um amplo processo de educação permanente dos profissionais responsáveis pela gestão da informação; e 4) elaboração de preceitos éticos sobre o tratamento e uso da informação em saúde que identifica o cidadão. Estes temas continuaram a fazer parte do trabalho do GT, sendo acrescidos e atualizados, destacando-se a elaboração de preceitos éticos sobre o tratamento e o uso da informação em saúde que identifica o cidadão. O GT realizou oficinas de trabalho em todos os congressos de Saúde Coletiva e de epidemiologia, e as contribuições dessas oficinas pautaram discussões posteriores, tanto na academia como nos órgãos gestores do SUS. Como contribuição, redigiu o documento "Informação em Saúde a Serviço da Sociedade", elaborado pelo Ministério da Saúde em 1993, no qual apresenta alguns dos marcos referenciais que orientam até hoje os debates em torno da informação em saúde.

Destaque-se a intensa produção científica e técnica que o GT vem realizando:

ABRASCO/ABEP. Grupo Técnico de Informações em Saúde e População (GTISP). Informação em Saúde a Serviço da Sociedade. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Uso e Disseminação de Informação em Saúde: subsídios para a elaboração de uma política de informações para o SUS.* Brasília: Ministério da Saúde; Abrasco/Oficina de Trabalho – Relatório Final, anexo 01, 1994. p.27-44.

ABRASCO. Informações em Saúde no Brasil: um desafio para a Ciência e Tecnologia. *Anais da I Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde.* Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

ABRASCO. Oficina de Trabalho Compatibilização de Bases de Dados Nacionais. *Informe Epidemiológico do SUS*, 6(3):25-33. Brasília: Cenepi/FNS/Ministério da Saúde, 1997.

MORAES, I. H. S. de & SANTOS, S. R. R. F. Informação em saúde: os desafios continuam. *Ciência & Saúde Coletiva*, 3(1):37-51. Rio de Janeiro: Abrasco, 1998.

MORAES, I. H. S. de & SANTOS, S. R. R. F. Informações para a gestão do SUS: necessidades e perspectivas. *Informe Epidemiológico do SUS*, 10(1):49-56. Brasília: Ministério da Saúde/FNS/Cenepi, 2001.

Ao lado dessa produção, outros trabalhos foram realizados de forma colaborativa:

IBGE. Informações para uma sociedade democrática: por uma Política Nacional de Produção e Disseminação de Informações Sociais, Demográficas, Econômicas e Territoriais. *Anais da Conferência Nacional de Estatística e da Conferência Nacional de Geografia.* Rio de Janeiro: IBGE, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/DATASUS. *Diretório de Bases de Dados de Interesse para a Área de Saúde.* Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Uso e Disseminação de Informação em Saúde: subsídios para a elaboração de uma política de informações para o SUS.* Brasília: Ministério da Saúde; Abrasco/Oficina de Trabalho – Relatório Final, 1994 (o GTISP foi o responsável pela relatoria).

MINISTÉRIO DA SAÚDE/DATASUS. CD-ROM para Disseminação do Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS. Brasília, 1995.

Verifica-se que o GT, desde a sua criação, procurou integrar-se aos órgãos públicos e às associações científicas no sentido de lhes dar não somente um caráter científico, mas de atuação direta nos problemas relacionados à informação, a fim de garantir um contínuo processo de democratização e qualificação da informação em saúde.

Considerações Finais

O presente relato das comissões e dos grupos temáticos não aborda integralmente todas as atividades desenvolvidas, especialmente porque faltam informações sobre alguns grupos temáticos. Embora exista essa falha, percebemos que houve um grande avanço em relação a essas organizações dentro da Abrasco. Formados por especialistas, os GTs têm procurado ultrapassar as fronteiras disciplinares, estabelecendo uma profícua interação entre diferentes profissionais e campos de saberes. As comissões e os GTs também têm desempenhado papel fundamental na organização dos congressos e eventos na área de Saúde Coletiva e mantido estreitas relações com as instituições públicas quando emergem problemas relacionados a suas especificidades temáticas.

Agradecimentos

Agradecemos às pessoas que nos enviaram as informações, mas esclarecemos que, pelas dimensões deste trabalho, fomos obrigados a fazer recortes e sínteses dos documentos.

Referências Bibliográficas

BELISÁRIO, S. A. *Associativismo em Saúde Coletiva: um estudo da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Abrasco*, 2002. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas/Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). (Mimeo.)

CANESQUI, A. M. (Org.) *Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

COIMBRA JR., C. E. A.; SANTOS, R. V. & ESCOBAR, A. L. (Orgs.) *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Abrasco, 2003.

COSTA, A. M.; MERCHAN-HAMANN, E. & TAJER, D. (Orgs.) *Saúde, Eqüidade e Gênero: um desafio para as políticas públicas*. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 2000.

GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G. & GOMES, M. H. de A. *O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

IBGE. *Uma Análise dos Indígenas com Base nos Resultados dos Censos Demográficos 1991 e 2000*. Rio de Janeiro: IBGE, 2005. (Série Tendências Demográficas)

KAUFMANN, A. *El Poder de Las Organizaciones: comportamiento, estructura y entorno*. Madri: Ediciones de la Universidad Alcalá de Henares, 1993.

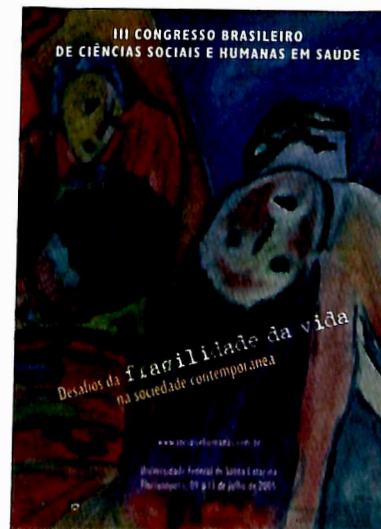
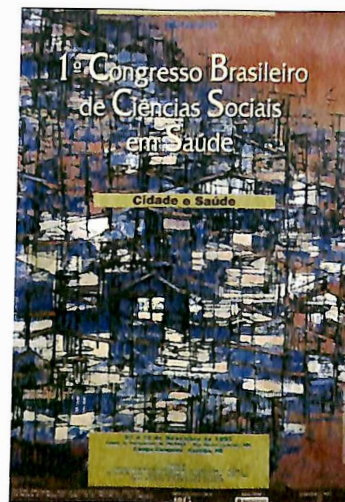
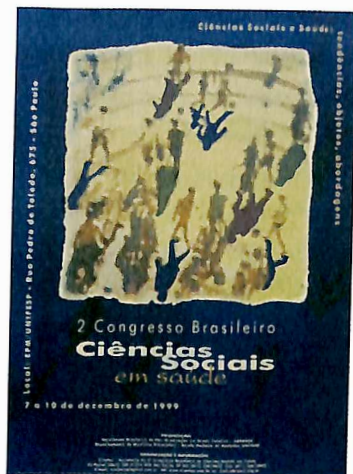
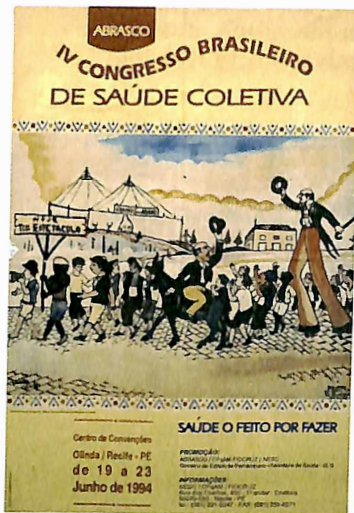
PAGLIARO, H.; AZEVEDO, M. & SANTOS, R. V. (Orgs.) *Demografia dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; São Paulo: Abep, 2005.

PITTA, A. da R. (Org.) *Saúde & Comunicação: visibilidades e silêncios*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1995.

PITTA, A. M. da R. & MAGAJEWSKI, F. R. L. Políticas nacionais de comunicação em tempos de convergência tecnológica: uma aproximação ao caso da saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 4(7):61-70, 2000.

RAMOS, C. L. *Acreditação em Cursos de Saúde Pública: visando a qualidade no ensino lato sensu*. Fev.2003. (Mimeo.)

TEIXEIRA, M. G. IV Plano Diretor para o Desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(3):231-233, set.2005.

VILLELA, W. & MONTEIRO, S. (Orgs.) *Gênero e Saúde: Programa de Saúde da Família em questão*. Rio de Janeiro: Abrasco/United Nations Population Fund (UNFPA), 2005.

Cronologia da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva*

- 1978 – Reunião em Ribeirão Preto (SP) patrocinada pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e pela Associação Latino-Americana de Escolas de Saúde Pública (Alaesp). Surge a possibilidade de criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco).

- 1978 – I Encontro Nacional de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Salvador (BA).

- 27 de setembro de 1979 – Realiza-se, em Brasília (DF), a Reunião sobre Formação e Utilização de Pessoal de Nível Superior na Área de Saúde Pública, organizada pela representação da Opas no Brasil. Nesta reunião, ocorre a fundação da Abrasco.

- 1980 – A primeira diretoria cria o estatuto e realiza reuniões para definir as características essenciais da Abrasco.

- Julho/1981 – I Fórum Nacional sobre Residências em Medicina Preventiva e Social – Rio de Janeiro (RJ) – Promoção: Abrasco.

- Outubro/1981 – V Seminário dos Cursos Descentralizados de Saúde Pública – Rio de Janeiro (RJ) – Promoção: Abrasco/Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP).

* A cronologia considerou os aspectos estritamente relacionados à história institucional da Abrasco. Foi responsável por sua elaboração Claudio Arcoverde, com a orientação de Cristina M. O. Fonseca.

- Novembro/1981 – Seminário Nacional sobre Epidemiologia – Porto Alegre (RS) e Salvador (BA) – Promoção: Abrasco/ENSP/Universidade Federal da Bahia (UFBA)/Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS).

- Março/1982 – Publicação do *Boletim Abrasco* nº 1.

- 1º e 2 de abril de 1982 – II Encontro Nacional de Mestrados e Doutorados em Saúde Coletiva – São Paulo (SP) – Promoção: Abrasco.

- Julho/1982 – I Reunião Nacional sobre Ensino e Pesquisa de Ciências Sociais na Área de Saúde Coletiva – São Paulo (SP) – Promoção: Abrasco/ Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

- Setembro/1982 – I Reunião Nacional sobre Ensino e Pesquisa em Administração e Planejamento na Área de Saúde Coletiva – Nova Friburgo (RJ) – Promoção: Abrasco. Organização: Departamento de Administração e Planejamento em Saúde/Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP).

- Abril/1983 – III Reunião Nacional de Docentes de Medicina Preventiva e Social – Uberlândia (MG) – Promoção: Abrasco/Associação Brasileira de Educação Médica (Abem)/Universidade Federal de Uberlândia (UFU).

- 17 a 21 de abril de 1983 – I Congresso Nacional da Abrasco – São Paulo (SP) – Tema: "A política nacional de saúde".

- 1983 – Comissões da Abrasco segundo o Relatório de Atividades (maio/ 1981-abril/1983): Comissão Editorial de Ciências Sociais; Comissão Editorial de Administração e Planejamento; Comissão Editorial para o Livro-Texto de Planejamento em Saúde; Comissão de Pesquisa; Comissão Executiva do Curso de Atualização para Docentes de Ciências Sociais.

- Julho/1983 – II Fórum Nacional sobre Residências em Medicina Preventiva e Social – Cachoeira do Campo (MG) – Promoção: Abrasco/ Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

- Agosto/1983 – I Reunião Nacional sobre Ensino e Pesquisa de Saúde Ocupacional – Campos do Jordão (SP) – Promoção: Abrasco.

- Setembro/1983 – Criação do Grupo Temático sobre Ensino da Medicina Preventiva e Social nos Cursos Médicos – Londrina (PR).

- Setembro/1983 – Encontro Técnico sobre a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) – Rio de Janeiro (RJ) – Promoção: Abrasco/Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj).

- Outubro/1983 – VI Seminário de Avaliação dos Cursos Descentralizados de Saúde Pública – Rio de Janeiro (RJ) – Promoção: Abrasco/Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP).

- Novembro/1983 – Criação do Grupo Temático sobre Multiprofissionalidade nas Residências em Medicina Preventiva e Social – João Pessoa (PB).

- Novembro/1983 – Encontro Nacional de Residentes em Saúde Coletiva – Rio de Janeiro (RJ) – Promoção: Abrasco/Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR).

- 1984 – O presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), Aloysio de Salles Fonseca, extingue o Programa de Residência em Medicina Preventiva e Social. O programa foi criado a partir de convênio firmado em 1979 entre o Inamps e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), tendo a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) como executora. Em novembro, a Abrasco decide reapresentar à nova diretoria do Inamps, assim que empossada, proposta de reabertura imediata do convênio.

- Janeiro/1984 – Reunião de todas as Comissões Editoriais da Abrasco: Administração e Planejamento, Ciências Sociais, Epidemiologia, Saúde Ocupacional.

- Março/1984 – Criação do Grupo Temático sobre Avaliação e Propostas para os Cursos de Saúde Pública – Rio de Janeiro (RJ).

- Maio/1984 – Convênio de Cooperação Técnico-Científica entre a Financiadora de Estudos e Projetos (Finep) e a Abrasco voltado para o Programa da Saúde Coletiva (PSC) Finep/Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

- Junho/1984 – Comissões da Abrasco segundo o Relatório de Atividades 1983/1984 publicado no *Boletim Abrasco*, 11, jun.-jul.1984: Comissão de Pesquisa; Comissão de Ciências Sociais; Comissão de Administração e Planejamento; Comissão de Saúde Ocupacional; Comissão de Epidemiologia; Comissão Executiva da I Reunião Nacional sobre Ensino e Pesquisa em Epidemiologia; Comissão Executiva do Seminário de Avaliação e Acompanhamento do Programa de Saúde Coletiva Finep/CNPq; Comissão Executiva do III Seminário Latino-Americano de Medicina Social.

- Julho/1984 – Abrasco e Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) organizam a Programação da Saúde Coletiva da 36ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) – São Paulo (SP).

- Agosto/1984 – I Reunião Nacional sobre Ensino e Pesquisa em Epidemiologia – Nova Friburgo (RJ) – Promoção: Abrasco.

- 21 a 25 de agosto de 1984 – Seminário de Avaliação e Acompanhamento do Programa da Saúde Coletiva (PSC) – Nova Friburgo (RJ) – Promoção: Abrasco.

- 27 a 29 de agosto de 1984 – Reunião para Avaliação do Processo de Instalação das Ações Integradas de Saúde – Curitiba (PR) – Promoção: Abrasco/Cebes/Secretaria de Saúde e Bem-Estar Social do Paraná.

- 8 a 10 de novembro de 1984 – Seminário A Crise e a Transição Democrática: Saúde e Previdência Social – Rio de Janeiro (RJ) – Promoção: Abrasco/Instituto dos Economistas do Rio de Janeiro/Núcleo de Estudos e Políticas Públicas-Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

- 19 a 23 de novembro de 1984 – III Seminário Latino-Americano de Medicina Social – Ouro Preto (MG). Organização: Abrasco/Cebes/Grupo Internacional de Estudios Avanzados en Medicina Social. Criação da Associação Latino-Americana de Medicina Social.

- Julho/1985 – Encontro sobre Pesquisa em Saúde Coletiva – Ouro Preto (MG).

- Julho/1985 – Abrasco e Cebes organizam a Programação de Saúde da 37ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) – Belo Horizonte (MG).

- 23 de julho de 1985 – Governo convoca a VIII Conferência Nacional de Saúde, a realizar-se de 2 a 6 de dezembro de 1985.

- 1985 – Realização do Seminário Desafios em Ensino e Pesquisa na Área da Saúde Coletiva na Conjuntura de Transição. Promoção: Abrasco/Finep/CNPq/Secretaria de Ciência e Tecnologia-Ministério da Saúde/Opas.

- Janeiro/março/1986 – Abrasco constitui suas comissões: Epidemiologia; Ciências Sociais; Administração e Planejamento; Saúde e Trabalho; Nutrição; Políticas de Saúde.

- Março/1986 – VIII Conferência Nacional de Saúde.

- Maio/1986 – Seminário sobre Perspectivas da Epidemiologia frente a [*sic*] Reorganização dos Serviços de Saúde – Itaparica (BA).

- Julho/1986 – Abrasco e Cebes organizam a Programação de Saúde Coletiva da 38ª Reunião Anual da SBPC – Curitiba (PR).

- 20 de agosto de 1986 – Instalada a Comissão Nacional da Reforma Sanitária.

- 22 a 26 de setembro de 1986 – I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – Rio de Janeiro (RJ). Tema: "Reforma Sanitária: garantia do direito universal à saúde".

- Outubro/1986 – Seminário sobre Informação em Saúde – Brasília (DF). Promoção: Abrasco/Ministério da Saúde/Opas.

- 9 de dezembro de 1986 – Abrasco aprova voto por correspondência.

- Junho/1987 – Encontro Nacional de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Reforma Sanitária – Cachoeira (BA).

- Junho/1987 – Abrasco e Cebes organizam a Programação de Saúde Coletiva da 39ª Reunião Anual da SBPC – Brasília (DF).

- 22 e 23 de setembro de 1987 – Seminário Estratégias Políticas para a Reforma Sanitária. Realização: Abrasco.

- 30 de novembro de 1987 – Comissões da Abrasco: Ciências Sociais; Saúde e Trabalho; Planejamento e Organização de Serviços; Ensino de Graduação; Nutrição; Epidemiologia; Política de Saúde.

- Abril/1988 – Seminário Nacional sobre Metodologia da Investigação em Serviços de Saúde. Promoção: Finep/Opas/ENSP/Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva-Universidade Federal de Minas Gerais (Nescon-UFMG)/Abrasco.

- Maio/1988 – Seminário de Avaliação e Perspectivas dos Cursos Descentralizados de Saúde Pública – Rio de Janeiro (RJ). Promoção: ENSP/Abrasco.

- Maio/1988 – Seminário sobre Investigação em Serviços de Saúde. Promoção: Opas/Nescon-UFMG/Abrasco.

- Julho/1988 – Abrasco e Cebes organizam a Programação de Saúde Coletiva da 40ª Reunião Anual da SBPC – São Paulo (SP).

- 9 a 12 de agosto de 1988 – II Seminário de Avaliação e Perspectivas do Programa de Saúde Coletiva – Rio de Janeiro (RJ). Promoção: Finep/CNPq/Opas/Secretaria de Ciência e Tecnologia do Mato Grosso do Sul/Inamps. Organização: Abrasco.

- 13 a 15 de setembro de 1988 – Simpósio sobre Constituinte e Lei Orgânica da Saúde – Brasília (DF).

- 6 a 7 de outubro de 1988 – Abrasco realiza o seminário A Saúde nas Eleições Municipais – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj).

- 11 a 14 de maio de 1989 – Oficina de Trabalho Estratégias para o Desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil: Elaboração de uma Proposta de Plano Diretor. Promoção: Opas/Ministério da Saúde/CNPq. Organização: Comissão de Epidemiologia da Abrasco/Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

- 3 a 7 de julho de 1989 – II Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – São Paulo. Tema: "Sistema Único de Saúde: uma conquista da sociedade".
- 2 a 6 de setembro de 1990 – I Congresso Brasileiro de Epidemiologia – Campinas (SP). Tema: "Epidemiologia e desigualdade social: os desafios do século".
- Julho/1990 – Abrasco e Cebes organizam a Programação de Saúde Coletiva da 42ª Reunião Anual da SBPC – Porto Alegre (RS).
- 1991 – Abrasco e Cebes organizam a Programação de Saúde Coletiva da 43ª Reunião Anual da SBPC – Rio de Janeiro (RJ).
- 16 a 20 de maio de 1992 – III Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva/ I Encontro de Saúde Coletiva do Cone Sul – Porto Alegre (RS). Tema: "Saúde como direito à vida".
- 13 a 17 de julho de 1992 – II Congresso Brasileiro de Epidemiologia – Belo Horizonte (MG). Tema: "Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia".
- 6 a 14 de agosto de 1992 – IX Conferência Nacional de Saúde.
- 28 de setembro a 1º de outubro de 1993 – I Encontro Nacional de Ciências Sociais em Saúde – Belo Horizonte (MG). Realização: Abrasco.
- Agosto/1993 – Criação do Grupo Temático Informação em Saúde.
- 1994 – Criação do Grupo Temático Comunicação e Saúde.
- 1994 – Criação do Grupo Temático Saúde do Trabalhador.
- 19 a 23 de junho de 1994 – IV Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – Olinda (PE). Tema: "Saúde: o feito por fazer".
- 1995 – Criação da Comissão de Ciência e Tecnologia.
- 1995 – Criação do Grupo Temático Gênero e Saúde.

- 24 a 28 de abril de 1995 – III Congresso Brasileiro de Epidemiologia/ II Congresso Ibero-Americano de Epidemiologia/I Congresso Latino-Americano de Epidemiologia/I Mostra de Tecnologia em Epidemiologia – Salvador (BA). Tema: "A epidemiologia na busca da eqüidade em saúde".

- 7 a 10 de novembro de 1995 – I Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde – Curitiba (PR). Tema: "Cidade e saúde".

- 1996 – Lançamento da revista *Ciência & Saúde Coletiva.*

- 2 a 8 de setembro de 1996 – X Conferência Nacional de Saúde – Brasília (DF). Tema: "SUS: construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida".

- 16 de dezembro de 1996 – Constituição de um grupo temático referente à participação da área da Saúde Coletiva nos eventos comemorativos dos quinhentos anos de descobrimento do Brasil.

- 1º e 2 de julho de 1997 – Reunião Nacional sobre Ensino e Pesquisa de Epidemiologia nos Cursos de Pós-Graduação *Stricto Sensu* – Ribeirão Preto (SP).

- 25 a 29 de agosto de 1997 – V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – Águas de Lindóia (SP). Tema: "Saúde: responsabilidade do Estado contemporâneo".

- 1998 – Criação do Grupo Temático Acreditação Pedagógica.

- 28 de setembro a 1º de outubro de 1998 – IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia – Rio de Janeiro (RJ). Tema: "Epidemiologia em perspectiva: novos tempos, pessoas e lugares".

- 17 e 18 de setembro de 1999 – I Encontro Latino-Americano Saúde, Eqüidade e Gênero: Um Desafio para as Políticas Públicas – Rio de Janeiro (RJ).

- 19 a 22 de setembro de 1999 – II Congresso Internacional Mulher, Trabalho e Saúde – Rio de Janeiro (RJ). Tema: "Eqüidade de gênero e qualidade de vida: desafios dos novos tempos sociais".

- 7 a 10 de dezembro de 1999 – II Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde – São Paulo (SP). Tema: "Ciências sociais e saúde: tendências, objetos, abordagens".

- 2000 – Criação do Grupo Temático Saúde dos Povos Indígenas.

- 2000 – Criação do Grupo Temático Promoção da Saúde.

- 28 de agosto a 1º de setembro de 2000 – VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – Salvador (BA). Tema: "O sujeito na Saúde Coletiva". Criação do Grupo Temático Educação Popular em Saúde. Renovação do Grupo Temático Saúde do Trabalhador.

- 2001 – XI Conferência Nacional de Saúde.

- 2001 – Criação do Grupo Temático Saúde e Ambiente.

- Agosto/2001 – Criação do Grupo Temático Vigilância Sanitária.

- 26 a 30 de novembro de 2001 – I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária. Tema: "Efetivar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária: proteger e promover a saúde constituindo cidadania". Promoção: Agência Nacional de Vigilância Sanitária/Ministério da Saúde (Anvisa/MS).

- 23 a 27 de março de 2002 – V Congresso Brasileiro de Epidemiologia – Curitiba (PR). Tema: "A epidemiologia na promoção da saúde".

- 5 e 6 de junho de 2002 – Reunião do Fórum de Coordenadores de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Brasília (DF).

- 9 a 13 de junho de 2002 – II Seminário Nacional de Saúde e Ambiente – Rio de Janeiro (RJ). Promoção: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)/ Abrasco/Fundação Nacional de Saúde (Funasa)/Opas.

- 12 e 13 de dezembro de 2002 – Seminário de Ciências Sociais e Humanas: Desafios da Saúde e da Vida – Rio de Janeiro (RJ). Promoção: Comissão de Ciências Sociais da Abrasco/Casa de Oswaldo Cruz (COC/ Fiocruz)/Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj).

- 2 a 4 de dezembro de 2002 – Abrasco promove o I Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária – São Paulo (SP).

- 29 de julho a 2 de agosto de 2003 – VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – Brasília (DF). Tema: "Saúde, justiça, cidadania".

- 2 de agosto de 2003 – Criação do Grupo Temático Bioética.

- Maio/2004 – Seminário sobre Ciências Humanas e Sociais em Saúde – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj) – Rio de Janeiro (RJ).

- 19 a 23 de junho de 2004 – VI Congresso Brasileiro de Epidemiologia – Recife (PE). Tema: "Um olhar sobre a cidade".

- 21 a 24 de novembro de 2004 – II Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária e I Simpósio Pan-Americano de Vigilância Sanitária – Caldas Novas (GO). Tema: "Vigilância sanitária, consciência e vida". Promoção: Abrasco. Apoio: Anvisa/Opas/Fiocruz/Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass)/Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems)/Secretaria Estadual de Saúde de Goiás/Banco do Brasil.

- 9 a 13 de julho de 2005 – III Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde – Florianópolis (SC).

- 21 a 25 de agosto de 2006 – VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva/XI Congresso Mundial de Saúde Pública – Rio de Janeiro (RJ). Tema: "Saúde Coletiva no mundo globalizado: rompendo barreiras sociais, econômicas e políticas".

Diretorias da Abrasco

▪ Gestão 1979-1981
Presidente – Frederico Simões Barbosa
Vice-presidentes – Ernani de Paiva Ferreira Braga e Guilherme Rodrigues da Silva

▪ Gestão 1981-1983
Presidente – Benedictus Philadelpho de Siqueira
Vice-presidentes – Ernani Braga e Jairnilson Silva Paim
Tesoureiro – José da Silva Guedes
Secretário executivo – Paulo Marchiori Buss

▪ Gestão 1983-1985
Presidente – Hésio de Albuquerque Cordeiro
Vice-presidentes – José da Rocha Carvalheiro e Francisco Eduardo de Campos
Tesoureira – Tânia Celeste Matos Nunes
Secretário executivo – Paulo Marchiori Buss

▪ Gestão 1985-1987
Presidente – Sebastião Antônio Loureiro de Souza e Silva
Vice-presidentes – Sônia Fleury Teixeira e Moisés Goldbaum
Tesoureiro – Eduardo Freese de Carvalho
Secretário executivo – Paulo Marchiori Buss

▪ Gestão 1987-1989
Presidente – Guilherme Rodrigues da Silva
Vice-presidentes – Eleutério Rodriguez Neto e Luiz Cordoni Júnior
Tesoureira – Roseni Rosângela Chompri
Secretário executivo – Paulo Marchiori Buss

▪ Gestão 1989-1991
Presidente – José da Silva Guedes
Vice-presidentes – Nilson do Rosário Costa e Carmem Fontes Teixeira
Tesoureira – Alina Maria Almeida de Souza
Secretário executivo – Péricles Silveira da Costa
Secretário adjunto – Paulo Marchiori Buss

▪ Gestão 1991-1993
Presidente – Arlindo Fábio Gómez de Sousa
Vice-presidentes – Maria Cristina Lodi Guedes de Mendonça e José da Rocha Carvalheiro
Tesoureiro – Júlio Strubing Müller Neto
Secretário executivo – Péricles Silveira da Costa
Secretário adjunto – Paulo Marchiori Buss

▪ Gestão 1994-1996
Presidente – Maria Cecília de Souza Minayo
Vice-presidentes – Marilisa Berti de Azevedo Barros e Pedro Miguel dos Santos Neto
Tesoureiro – Renato Peixoto Veras
Secretário executivo – Péricles Silveira da Costa
Secretário adjunto – João Carlos Canossa Mendes

▪ Gestão 1996-2000
Presidente – Rita de Cássia Barradas Barata
Vice-presidentes – Eduardo Navarro Stotz, Everardo Duarte Nunes, Maria Elizabeth Diniz Barros, Mário Roberto Dal Poz e Oswaldo Yoshimi Tanaka
Secretário executivo – Péricles Silveira da Costa
Secretários adjuntos – João Carlos Canossa Mendes e Álvaro Hideyoshi Matida

▪ Gestão 2000-2003
Presidente – José Carvalho de Noronha
Vice-presidentes – Francisco Eduardo de Campos, Jairnilson Silva Paim, Márcia Furquim de Almeida, Paulo Marchiori Buss e Paulo Eduardo Mangeon Elias
Secretário executivo – Péricles Silveira da Costa
Secretário adjunto – Álvaro Hideyoshi Matida

▪ Gestão 2003-2006

Presidente – Moisés Goldbaum*

Vice-presidentes – Paulo Ernani Gadelha Vieira, Júlio Strubing Müller Neto, Madel Therezinha Luz, Rômulo Maciel Filho e Soraya Maria Vargas Côrtes

Secretário executivo – Álvaro Hideyoshi Matida

Secretária adjunta – Mônia Mariani

* Em 2005, Moisés Goldbaum assumiu o cargo de secretário de Ciência e Tecnologia e Assuntos Estratégicos do Ministério da Saúde, ocasião em que Paulo Ernani Gadelha Vieira assumiu a presidência na gestão vigente.

Presidente – Paulo Ernani Gadelha Vieira

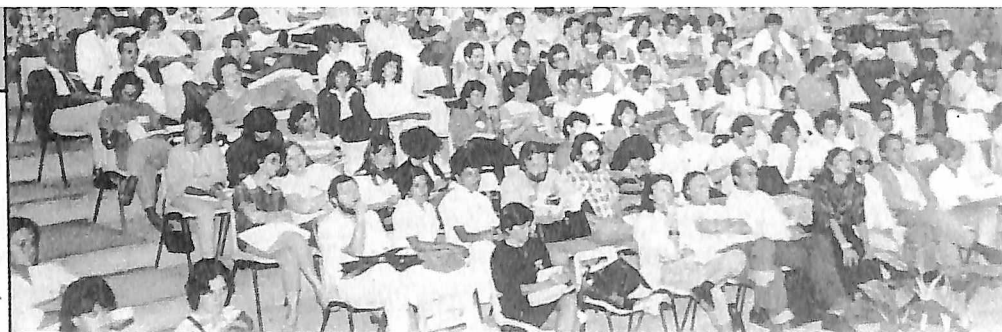
Vice-presidentes – Júlio Strubing Müller Neto, Madel Therezinha Luz, Rômulo Maciel Filho e Soraya Maria Vargas Côrtes

Secretário executivo – Álvaro Hideyoshi Matida

Secretária adjunta – Mônia Mariani

Imagem 19 - *Boletim Abrasco*, 19, jul-set.1986. p.1.
Imagem 20 - *Boletim Abrasco*, 34, jun-jul.1989. p.5.
Imagem 21 - *Boletim Abrasco*, 46, abr-jun.1992. p.1.
Imagem 22 - *Boletim Abrasco*, 29, jun-jul.1988. p.1.

abrasco

BOLETIM DA
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
ANO V — Nº 19 — JUL/SET 86

Declaração final do 1º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva

O 1º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, promovido pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, realizado no Rio de Janeiro, de 22 a 26 de setembro de 1986, com a participação de 2000 profissionais da área da saúde coletiva, oriundos dos diversos Estados, representa avanço significativo da Reforma Sanitária Brasileira:

— porque assumimos, na prática, a concepção ampla de saúde referendada na VIII Conferência Nacional de Saúde e alcançamos incorporar, ao campo da Saúde Coletiva, áreas do conhecimento imprescindíveis à plena realização do direito à saúde;

— porque fomos capazes de criar propostas técnicas que representam estratégias concretas da implementação das transformações necessárias à criação de um Sistema Único de saúde, de caráter estatal, descentralizado e controlado pela sociedade, equânime e universalizado no atendimento integral às reais necessidades da população;

— e porque neste evento foi reafirmada a unidade de todas as forças progressistas em torno das propostas aprovadas na VIII CNS e foram construídas e fortalecidas das estratégias políticas necessárias à condução correta de nossa luta pela transformação do alarmante quadro sanitário e do caótico sistema de saúde com que convivemos nos dias atuais.

Nesse sentido, não basta apenas afirmar que a saúde deve ser entendida de forma ampliada como uma adição de diferentes elementos que a compõem, mas sim compreendê-la como um processo social, produto do perverso modelo de acumulação capitalista de uma sociedade estreitamente dependente do capital estrangeiro. Modelo esse que se traduz em profundas e inaceitáveis desigualdades sociais, exemplificadas nas questões da posse da terra, da forma predatória de exploração da força de trabalho, das condições de vida urbana e rural.

Essa realidade espelha-se na incidência cumulativa de doenças características do subdesenvolvimento e do desenvolvimento desordenado, que perversamente vitimam a classe trabalhadora. As políticas de saúde das últimas décadas não incorporaram o conhecimento técnico e científico disponível, capaz de sanar grande parte desses males, porque se subordinaram aos interesses capitalistas de acumulação e privatização da saúde.

O processo de redemocratização do país, em que pesem as propostas de transformações objetivando o resgate da dívida social, não logrou os esperados efeitos sobre os setores sociais. Isso porque as políticas sociais continuam sendo equacionadas a partir de critérios de eficiência econômica e como mera decorrência de investimentos do setor produtivo da economia enquanto a nossa riqueza continua a ser canalizada para o pagamento da dívida externa. Acrescente-se a isso o deliberado sucateamento do setor público, que serve como justificativa de uma falaciosa concepção da natureza intrinsecamente ineficiente desse setor.

As possibilidades de reversão desse quadro implicam na contínua mobilização e organização das forças sociais comprometidas com a luta pela implantação de uma Reforma Sanitária e pela garantia constitucional do direito à saúde como dever do Estado.

A ABRASCO se alia a todos aqueles que almejam a democratização da saúde e acredita que só através da nossa organização coletiva alcançaremos legitimar as medidas que avançam na direção da Reforma Sanitária e impedir, com a nossa vigilância constante, qualquer retrocesso no curso desse processo.

Nesse sentido, reafirmamos:

— a necessidade da continuidade no processo de mobilização social em torno da Reforma, iniciado com a VIII CNS:

— o apoio à Comissão Nacional da Reforma Sanitária para que esta se legitime e ganhe força para propor as transformações que se fazem necessárias;

— o apoio estratégico aos avanços representados pelas AIS enquanto um passo na valorização do setor público e o decidido repúdio a medidas privatizantes como o Cheque Consulta, que representam um retrocesso inaceitável no processo democrático na saúde.

— a necessidde de construção de uma Frente Popular pela Reforma Sanitária, capaz de organizar a base social e política que viabilizará as mudanças requeridas;

— e o nosso engajamento decisivo no processo constitucional, estabelecendo um projeto para a área de saúde a ser inscrito na Nova Constituição e comprometendo desde agora os candidatos com as propostas da Reforma Sanitária.

O 1º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva não se encerra em si mesmo. Continuaremos mobilizados e organizados na difusão da nossa proposta para os constituintes, para os profissionais, para toda a sociedade. Utilizaremos todos os instrumentos que dispomos para aumentar nossas forças e preservar nossa vigilância crítica.

Nesse sentido, recomendamos que sejam organizados fóruns de debate e mobilização em todos cantos do país, articulando assim as representações dos trabalhadores, comunidade, instituições, partidos políticos, universidades, etc; a nível local, municipal e estadual. Desta forma, concretizaremos ainda mais a discussão sobre a Reforma Sanitária, conquistando o necessário respaldo organizativo da sociedade para a sua definitiva implantação.

Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 1986.

Plenária do
1º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva

ANAIS DO CONGRESSO

Os Anais do I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, contendo os relatórios suscintos das Comunicações Coordenadas e as Moções aprovadas na Assembléia Geral da Associação, está no prelo, devendo ser enviado aos sócios da Abrasco e aos inscritos no evento durante o mês de janeiro.

INTERCÂMBIO

As melhores cenas "extra-científicas" ficaram por conta de rever amigos e do clima de alegria presente no Congresso.

De fato, havia professores, pesquisadores, alunos e pessoal de serviços de saúde de todo o país. Reuniram-se em eventos paralelos, odontólogos, ex-residentes, enfermeiras, petistas, comunistas, pedetistas, enfim, toda a larga gama de profissionais e tendências presentes neste democrático e multifacético movimento sanitário.

Gente que esteve reunida durante sua formação e depois dispersou, pode reencontrar amigos distantes. Uma série de eventos foram planejados durante o Congresso: por exemplo, o Encontro Nacional de Epidemiologia, que vai acontecer em 1990, promovido pela Comissão respectiva da Abrasco; ou a reorganização do Movimento de Renovação Odontológica. Também um grupo de assessoria e apoio à elaboração dos conteúdos de saúde das Constituições Municipais foi formado a partir de uma reunião durante o Congresso, ficando sediado no NESP/UnB e OPAS, em Brasília.

Enfim, um sucesso científico e afetivo, que a área vai repetir com certeza em 1991, por ocasião do 3º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva.

CARTA DE SÃO PAULO

Declaração final do **2º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva** e do **3º Congresso Paulista de Saúde Pública.**

Cada vez mais pobre, cada vez mais doente, cada vez mais desassistido, eis o desenho do quadro sanitário da grande maioria do povo brasileiro. O país nunca vivenciou tamanho descaso das autoridades brasileiras diante da situação de saúde caracterizada pelo crescimento assustador de doenças como a malária, que atinge a cifra de 650.000 casos novos por ano; da hanseníase com 260.000 casos novos por ano; a desnutrição que compromete 30% das crianças brasileiras; dos acidentes de trabalho, doenças profissionais e a violência urbana e rural, que nos colocam na liderança das estatísticas mundiais. Associa-se a este quadro a permanência de endemias como Chagas, esquistossomose e peste, convivendo com doenças comuns aos países do primeiro mundo. O que causa indignação é que diante dessa realidade o Governo nunca destinou tão poucos recursos para a saúde como no momento atual.

Esse quadro expressa a face mais perversa da atual crise econômica, social e institucional enfrentada pela nação. A recessão, o descontrole econômico e a irresponsabilidade do governo no equacionamento das dívidas externa e interna impõem um custo social inaceitável. Vive-se pois uma profunda crise do Estado brasileiro. A falta de credibilidade política é apenas um aspecto que pode se agravar caso as próximas eleições não apontem para a consolidação de uma ordem efetivamente democrática, comprometida portanto com os setores mais penalizados da população.

A Reforma Sanitária proposta pela VIII Conferência Nacional de Saúde e entendida como um projeto de democratização da saúde e de suas instituições tem sido sistematicamente obstaculizada ou desvirtuada pelo Governo Sarney. Os fatos são eloqüentes:

- ausência de prioridade na alocação de recursos para a saúde
- corte de investimentos para a construção de hospitais públicos e centros de saúde
- atraso na liberação dos recursos para a manutenção dos serviços
- má adminstração financeira da Previdência Social e diminuição da participação da União em seu custeio
- omissão no que diz respeito a uma política de recursos humanos unificada e justa
- bloqueio dos canais de participação da população na definição e controle das políticas de saúde
- desobediências à Constituição não enviando no prazo estabelecido as propostas de projeto de lei sobre Seguridade Social, aí incluída a saúde
- tentativas sucessivas de burlar a concessão dos benefícios conquistados pelos trabalhadores

Isso tudo em afronta às conquistas já consagradas no novo texto constitucional e nas poucas experiências de gestão democrática e descentralizada do sistema de saúde, fruto de longa luta e mobilização dos diferentes setores sociais engajados no movimento da Reforma Sanitária.

A SAÚDE QUE DEFENDEMOS

Mais que nunca é preciso reafirmar os princípios e propósitos da Reforma Sanitária. O SUDS, como estratégia para implantação de um sistema único de saúde na perspectiva da Reforma Sanitária, foi desvirtuado e desacreditado pelo governo federal e por muitos governos estaduais e municipais. Do mesmo modo, as políticas econômicas e sociais que aumentam o desemprego, arrocham salários, comprimem benefícios, impedem a reforma agrária, sucateiam as universidades públicas, estrangulam o desenvolvimento científico e tecnológico e alimentam o caos urbano divorciam-se da concepção ampla de saúde tal como consagrada na nova Constituição Brasileira.

São exigências para a preservação e avanço do projeto da Reforma Sanitária:

- aprovação e imediata implantação das leis orgânicas da Seguridade Social – saúde, previdência e assistência social – que contemplem e instrumentalizem as conquistas da área
- imediata instalação das instâncias colegiadas de gestão assegurando a descentralização, o caráter deliberativo e a composição paritária que contemple usuários, trabalhadores de saúde e governo
- reforma político-administrativa que assegure a unicidade de comando em cada esfera de poder
- garantia das bases financeiras da Seguridade Social que possibilitem a retomada de investimentos para ampliação, readequação e reequipamento da rede pública, visando melhoria da qualidade do atendimento em todos os níveis
- garantia da natureza pública das ações, dos serviços e da gestão das instituições no âmbito do SUS
- implantação dos planos unificados de cargos e salários para os trabalhadores de saúde nas três esferas de governo
- retomada da política de desenvolvimento científico e tecnológico que permita a auto-suficiência nacional na produção de insumos e equipamentos
- respeito ao direito constitucional de acesso do cidadão às informações de saúde de caráter individual e coletivo, bem como aquelas relativas à gestão das instituições que compõem o SUS
- medidas imediatas de proteção do indivíduo e da coletividade contra substâncias e atividades que possam produzir riscos à sua saúde e comprometer a qualidade ambiental
- retomada de investimentos em infra-estrutura urbana, particularmente no que se refere ao saneamento básico

A ampliação dessas conquistas pressupõe a ampla difusão do projeto da Reforma Sanitária junto à opinião pública e às organizações de base da sociedade para fortalecimento da consciência sanitária e sua ampla sustentação política.

Assim, no decorrer das próximas eleições, a começar pela presidencial, os candidatos verdadeiramente comprometidos com as necessidades da maioria do povo brasileiro e com o enfrentamento das atuais crises econômica, social e institucional têm o dever de se posicionarem em relação ao projeto da Reforma Sanitária. Isto implica, necessariamente, no compromisso com uma reestruturação profunda do Estado e com a reformulação das políticas econômicas e sociais para a construção de uma sociedade democrática.

abrasco
BOLETIM DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
ANO X — ABR/JUN — 1992

CARTA DE PORTO ALEGRE E DE BELO HORIZONTE
A SAÚDE COMO DIREITO À VIDA

Indignação é o sentimento que, no momento, mais unifica os profissionais de Saúde Coletiva e os usuários dos serviços de saúde. Indignação com o aumento da miséria e desigualdades na vida, na doença e na morte. Indignação face ao recrudescimento das velhas epidemias — cólera, dengue, malária e meningites — e a expansão das novas epidemias — homicídios, intoxicações, AIDS e acidentes. Indignação com as chamadas políticas de ajuste econômico que impõem a passividade aos povos da América Latina, impedindo-os de dirigir seus destinos. Indignação com a privatização e o desmonte dos Sistemas de Saúde e de Seguridade Social. Indignação com a corrupção, a incompetência político-administrativa e as ameaças à ordem institucional.

A Reforma Sanitária que defendemos impõe o fortalecimento das instituições democráticas que foram arduamente conquistadas nas lutas contra as ditaduras do Cone Sul. Requer, simultaneamente, a adoção de políticas econômicas, de educação, de saúde, de seguridade social, de ciência e tecnologia, consistentes com o desenvolvimento dos nossos países. Demanda, enfim, por sociedades independentes, livres, democráticas, justas e solidárias, capazes de erradicar a pobreza e a marginalização, de reduzir as desigualdades sociais e regionais, de promover o bem de todos, sem preconceitos e discriminações, onde prevaleçam os direitos humanos e a defesa da paz.

A Nação brasileira conseguiu promulgar uma Constituição que reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado, "garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". Essa Constituição tem que ser respeitada e cumprida. A revisão constitucional, após o Plebiscito de 1993, não pode ser usada para que um Congresso não-constituinte transfigure a Carta de 88.

O Sistema Único de Saúde no Brasil, apesar de legalmente constituído, tem sido progressivamente desvirtuado na sua implantação, seja pelo não funcionamento dos Conselhos de Saúde na maioria dos Estados e Municípios, seja pela não priorização da saúde por parte do Governo Federal, seja pela sonegação de impostos (Finsocial) efetuada por grande parte dos empresários deste País.

A realização da IX Conferência Nacional de Saúde, no próximo mês de agosto, será uma oportunidade especial para a sociedade brasileira reafirmar seu projeto de Reforma Sanitária e estabelecer as diretrizes para a política nacional de saúde nos próximos anos. Este fórum, também conquistado pela sociedade civil organizada, deverá ser o interlocutor privilegiado para orientar as ações dos governos na área da saúde. Neste particular, cabe discutir e encaminhar soluções relativas à organização da Seguridade Social, ao financiamento estável do setor saúde, à saúde mental, à saúde do trabalhador e das populações indígenas, à vigilância sanitária e à saúde do consumidor, à questão das patentes e das indústrias farmacêuticas e de equipamentos.

Do mesmo modo, as eleições municipais deste ano favorecem a mobilização da sociedade brasileira em todas as cidades do país para redefinirem a administração pública, discutirem as políticas sociais no âmbito local e revisarem as questões urbanas e do meio ambiente.

Diante da indignação, o movimento pela democratização da saúde rearticula suas forças e investe na criatividade. Este III Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e I Encontro de Saúde Coletiva do Cone Sul e II Congresso Brasileiro de Epidemiologia representam o fortalecimento deste movimento, pois ampliaram o diálogo entre irmãos do Cone Sul em termos de experiências e de desenvolvimento científico e tecnológico, além de promover a aproximação da produção acadêmica aos serviços de saúde, especialmente dos municípios. O movimento reitera que a IX Conferência Nacional de Saúde é uma conquista da sociedade, não uma concessão do governo, e considera as eleições para os municípios um momento fundamental de reafirmação da cidadania e da construção de um novo projeto de sociedade para o Brasil.

Porto Alegre, 20 de maio de 1992
Belo Horizonte, 17 de julho de 1992

Documento aprovado nas plenárias finais do III Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva/I Encontro de Saúde Coletiva do Cone Sul e II Congresso Brasileiro de Epidemiologia, promovidos pela Abrasco.

IX CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

Municipalização é o Caminho

De 09 a 14 de agosto de 1992, na UnB, Brasília, DF

(Ver nas páginas que seguem detalhes da programação e opiniões sobre a Conferência)

Imagem 21

Intensifica-se a luta para retirar do projeto de Constituição a emenda que proibe a comercialização do sangue e seus derivados. Recentemente, diversas instituições organizaram ato público no Rio em defesa do artigo. A Abrasco convoca todos os seus associados a se mobilizarem nessa campanha pelo fim da mercantilização vergonhosa do sangue.

Imagem 22

O I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, promovido pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, realizado no Rio de Janeiro, de 22 a 26 de setembro de 1986, representa avanço significativo da Reforma Sanitária Brasileira:

- porque assumimos, na prática, a concepção ampla de saúde referendada na VIII Conferência Nacional de Saúde e alcançamos incorporar, ao campo da Saúde Coletiva, áreas do conhecimento imprescindíveis à plena realização do direito à saúde;
- porque fomos capazes de criar propostas técnicas que representam estratégias concretas da implementação das transformações necessárias à criação de um Sistema Único de Saúde, de caráter estatal, descentralizado e controlado pela sociedade, equânime e universalizado no atendimento integral às reais necessidades da população; (...)

Declaração final do I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva

ISBN 85-7541-103-9
9 788575 411032